

2008

Thérapies complémentaires et cancer

Participation et ressources
du patient



Mémoire de fin d'études

Filière Travail social

Etudiante : ABBET Murielle
Directrice de mémoire : POTT Muriel



Mots-clefs :

Cancer – thérapies complémentaires – approches corps-esprit
Participation – ressources – qualité de vie
Espoir – outils – travailleur social

Résumé :

Ce travail de mémoire traite de la mobilisation des ressources et de la participation des personnes atteintes d'un cancer, par le biais des thérapies complémentaires. Pour ce faire, j'ai interrogé dix personnes ayant utilisé les méthodes non-traditionnelles dans le combat de la maladie. Le but de ce travail est d'évaluer les raisons qui les ont poussées à y avoir recours et l'impact de ces dernières sur leur qualité de vie. La relation entre le médecin et le malade est analysée. Il s'agit de comprendre si la bonne ou la mauvaise communication avec l'oncologue joue un rôle dans la décision de se tourner vers les thérapies complémentaires. Le résultat de ma recherche souligne un apport sur le plan physique, psychique et émotionnel, un mieux-être global. Il est une bonne piste de réflexion pour un travailleur social confronté à des personnes atteintes d'un cancer. Face au retour positif qui émane des expériences vécues, il serait peut-être judicieux de les proposer comme outils et pistes d'action, en complément de la médecine traditionnelle. Pour ce faire, il reste cependant à régler un problème majeur pour les personnes malades, sans grandes ressources financières : la prise en charge de ces méthodes dans l'assurance de base.

Glossaire¹ :

Guérison

Disparition des signes et symptômes d'une maladie et retour à la santé. Pour des personnes malades, courbe de survie en rémission complète qui s'horizontalise après un délai au-delà duquel il n'y a plus de récurrence.

Récidive

Souvent employé comme synonyme de rechute. Il s'agit d'une nouvelle maladie, par exemple un nouveau cancer, identique à une première maladie qui avait été guérie.

Récurrence

Plus correct pour désigner une nouvelle évolution d'un cancer qui était apparemment guéri. La récurrence est généralement plus grave que l'évolution initiale.

Rémission

Régression du volume de la tumeur et atténuation des symptômes qu'elle entraînait. Diminution des signes de la maladie, éventuellement leur disparition.

¹ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. *Dictionnaire des cancers de A à Z* [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.fnclcc.fr/fr/patients/dico/alpha.php> (consultée le 8 septembre 2008)

Remerciements :

Mme Pott, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et ses riches conseils tout au long de mon travail.

Mme Nyffeler, ergothérapeute et Mme Guillemin, médecin radio-oncologue FMH, pour leurs éclaircissements sur les principales thématiques de mon travail.

Les dix personnes interrogées, pour le partage de leurs expériences qui a renforcé mon sentiment positif vis-à-vis des thérapies complémentaires.

Mme Anne-Lise Bezençon, ma praticienne formatrice lors de mon stage à la Ligue valaisanne contre le cancer, pour son aide dans la recherche de personnes à interroger.

Ma famille et mon ami Fabien, pour leurs encouragements, leur soutien et leur précieuse aide dans la relecture de mon travail.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.

Table des matières

A. CADRE THEORIQUE	6
1. Introduction	7
1.1 Choix du sujet et lien avec le travail social	7
1.2 Objectifs de la recherche	9
2. Concepts théoriques	11
2.1 Comment se développe un cancer ?	11
2.2 Les craintes fondamentales	24
2.3 L'empowerment comme outil de développement personnel	28
2.4 Les types de relations entre médecin et malade	30
2.5 Les médecines complémentaires	34
2.6 Les approches corps-esprit	36
2.7 Les études attestant le bénéfice des thérapies complémentaires	39
2.8 La méthode Simonton, une approche globale de la personne	41
3. Les hypothèses de recherche	42
B. POLE METHODOLOGIQUE	43
4. Méthodologie de l'enquête de terrain	44
4.1 Aspects éthiques	45
4.2 Echantillonnage et entretien semi-directif	46
4.3 Processus d'analyse des données récoltées	48
4.4 Limites et biais relatifs à cette technique de récolte des données	49
C. ANALYSE DE TERRAIN	50
6. Analyse des entretiens	51
6.1 La communication avec l'oncologue	51
Des relations très diversifiées	51
Les attentes des patients	52
Le processus décisionnel	53
6.2 Choisir une médecine complémentaire	54
Le moment déterminant	54
Les raisons évoquées	55
6.3 L'état général du patient face à sa maladie	56

La pose du diagnostic	56
Les modifications physiques induites par la maladie ou les traitements	57
Les symptômes psychiques de la maladie et les inquiétudes qui en découlent	58
La relation aux autres	59
6.4 Viser le bien-être du patient par les thérapies complémentaires	62
Une grande variété d’actions	62
6.5 L’état d’esprit du patient lors des thérapies traditionnelles	62
Les interactions avec le monde médical	62
Une étape nécessaire, mais parfois mal vécue	63
Les traitements, source de confiance	64
6.6 L’état d’esprit du patient lors des thérapies complémentaires	64
Les thérapies complémentaires	64
Traitements traditionnels et complémentaires, une union souhaitée	65
6.7 L’espoir de guérison et la perception de l’avenir	65
Cerner l’origine de la maladie en lien avec son parcours personnel	66
L’avenir, des projets remis en question ?	68
La guérison comme issue envisagée par les patients	69
6.8 La mobilisation des ressources psychiques et émotives	69
Les ressources personnelles, une caverne aux mille trésors	69
Choisir le bon outil comme aide supplémentaire	70
6.9 Savoir retirer des bénéfices de la maladie	70
Les leçons de vie qui resteront ancrées	71
Ce que les gens feraient différemment	71
La foi et la spiritualité	72
7. Vérification des hypothèses	73
7.1 Vérification de l'hypothèse de recherche 1	73
7.2 Vérification de l'hypothèse de recherche 2	74
7.3 Vérification de l'hypothèse de recherche 3	76
7.4 Vérification de l'hypothèse de recherche 4	78
8. Conclusion	79
9. Bibliographie	82
10. Annexes	87
10.1 Échelle d’évaluation du niveau de stress annuel	88
10.2 Guide d'entretien	89

A. CADRE THEORIQUE

1. Introduction

1.1 CHOIX DU SUJET ET LIEN AVEC LE TRAVAIL SOCIAL

En février 2008, j'ai effectué mon deuxième stage de formation pratique à la Ligue valaisanne contre le cancer. C'est un milieu dans lequel je me réjouissais de travailler. En effet, en tant qu'assistante sociale, j'ai été amenée à soutenir les familles au niveau relationnel et social. A ce propos, des groupes de parole pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches ont été mis sur pied. Ils permettent aux familles de se retrouver et de partager ce qu'elles vivent. J'ai également veillé à les décharger de certains soucis administratifs et financiers. J'ai mis tout en œuvre pour les accompagner de mon mieux à travers ce douloureux passage que leur réserve la vie, afin d'apaiser quelque peu la souffrance qu'elles rencontrent.

Malgré toute ma bonne volonté, je me suis toutefois beaucoup questionnée sur ma capacité de recul face aux tourments vécus par les familles confrontées au cancer. Depuis longtemps, le cancer me fait peur. En effet, même en prenant les précautions nécessaires à une bonne hygiène de vie, personne n'est à l'abri de la maladie. De plus, malgré les contrôles de dépistage, le cancer n'est pas toujours repéré assez tôt par les médecins. Pour faire face aux dégâts causés, une simple chirurgie ne suffit peut-être plus. Les malades doivent alors suivre des traitements douloureux, qui entraînent de nombreuses répercussions, tant sur le plan physique que psychologique. Dans mon entourage, j'ai assisté à de nombreuses souffrances causées par le cancer. Ces événements m'ont marquée et m'ont rendue encore plus sensible à cette maladie.

A travers ce processus long et difficile, l'aspect le plus inquiétant du cancer reste pour moi la gravité de la maladie et la souffrance qui en émerge. Dans les pires cas, elle laisse sous-entendre la possibilité de mort et cette idée suscite toujours une immense peur. Suite au diagnostic posé par les médecins, j'ai imaginé combien il devait être dur pour les patients d'accepter la maladie et de l'affronter. Mes pensées se sont dirigées vers leurs familles et leurs projets d'avenir qui s'écroulaient. J'ai alors imaginé que grâce aux buts qu'ils se sont fixés pour leur futur, beaucoup désirent s'agripper à la vie et trouvent la volonté de se battre.

Ma préoccupation s'est donc portée sur la manière dont les patients et leur entourage peuvent contribuer à améliorer leurs chances de guérison. En tant qu'assistante sociale, lors de nos rencontres, je serais effectivement ravie de pouvoir les encourager à combattre et à ne pas subir de façon impuissante les traitements médicaux traditionnels.

Cette demande a également été soulevée par les patients et leurs familles, lors de la deuxième Journée Nationale de recherche en soins palliatifs, à St-Gall. Leur principal souci tournait autour des moyens dont ils disposaient afin d'être actifs dans le traitement de la maladie. J'ai trouvé très intéressant de partir dans cette direction et me suis donc documentée à ce sujet.

Parallèlement, de nombreuses études ont permis de ne plus considérer le corps comme un objet passif lors d'un cancer. En effet, un malade qui participe à des séances de relaxation, par exemple, développerait un plus grand nombre de défenses immunitaires. Plusieurs possibilités permettent au malade de prendre les choses en main et de ne pas rester passif face à sa maladie, notamment la participation à des associations ou des groupes de parole. Il peut y partager ses angoisses et être rassuré par des personnes ayant combattu la maladie.

J'ai également pris connaissance des médecines complémentaires existantes auprès desquelles les patients peuvent se tourner. Elles sont toutes bien différentes et c'est au malade de choisir celle qui lui convient le mieux. Certaines approches mobilisent les compétences du thérapeute qui tente de détendre l'individu à l'aide de massage ou d'aiguilles par exemple. Le malade se laisse donc faire. D'autres thérapies proposent des médicaments ou régimes alimentaires que la personne devra suivre. Enfin, il existe des approches se basant uniquement sur les ressources personnelles de l'individu. En effet, celui-ci doit pouvoir retrouver un état de bien-être par ses propres moyens. Suite à ces informations autour des compétences du patient, j'ai donc choisi de privilégier les thérapies dans lesquelles l'individu mobilise lui-même ses ressources psychiques et émotionnelles, sans recourir à des médicaments ou autres substances externes.

En Suisse, diverses approches corps-esprit sont proposées, dont celle conçue par le Dr. Simonton, oncologue et radiothérapeute américain. Il pense que la maladie ne cache pas un problème purement physique et inclut le psychisme et les émotions. Divers programmes et séminaires sont organisés. Les patients apprennent à mobiliser leurs ressources et influencer ainsi le cours de leur maladie, à l'aide de séances de visualisation et de relaxation notamment.

Les bienfaits des médecines complémentaires sont nombreux. Ils permettent d'apaiser les angoisses du patient et de lui assurer une meilleure qualité de vie durant la maladie. Ainsi, le malade sera peut-être plus réceptif aux traitements qu'il doit suivre et ces derniers plus efficaces.

Parallèlement aux efforts personnels que le malade met en place pour combattre la maladie, le lien établi avec son médecin est également important. Il peut en effet être susceptible d'influencer le bon déroulement des traitements médicaux. La confiance que le patient portera en son médecin et qu'il mettra en sa guérison dépendra du rapport qu'ils entretiennent. Un médecin au ton apaisé et au visage détendu transmettra des émotions bénéfiques au patient qui sera plus rassuré. Un médecin à l'allure angoissée risquera par contre d'aggraver l'état de choc du malade.

Le but de mon travail sera par conséquent de souligner l'importance de la participation du patient dans le traitement du cancer, à travers des médecines complémentaires mobilisant ses ressources psychiques et émotionnelles.

1.2 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Ma recherche va se développer autour des six objectifs opérationnels suivants :

- **Bien cerner la problématique du cancer et ses conséquences.**

- Expliquer le développement et les causes du cancer

En tant que professionnel au sein de la Ligue valaisanne contre le cancer, il est important d'être plus au clair sur la façon dont les personnes contractent la maladie et la manière dont elle se développe. Cette meilleure connaissance nous incite certainement à pousser les personnes vers un dépistage régulier chez leur médecin, afin d'agir à tant et contrer la maladie. De plus, elle permet de redoubler les mises en garde face aux comportements à risque.

- Identifier les traitements utilisés pour le combattre, ainsi que l'impact physique et psychologique que la maladie provoque chez le malade

En prenant connaissance de l'impact physique provoqué par les traitements, je me suis préparée à rencontrer des malades dont l'apparence pouvait être quelque peu modifiée. Ainsi, je n'ai pas eu de réaction inattendue et peut-être maladroitement vis-à-vis des patients au risque de les mettre mal à l'aise. Quant aux impacts psychologiques, ils m'ont permis de mieux cerner et comprendre les réactions des malades. En effet, ils ne vivent pas tous leur maladie de la même manière. Certains l'acceptent mieux que d'autres. J'étais alors d'avantage prête à communiquer avec eux.

- **Répertorier les médecines complémentaires existantes en Suisse pour soigner le cancer.**

- Clarifier la notion de médecines « complémentaires »

Dans un premier temps, je pense qu'il est nécessaire de définir la notion de « médecines complémentaires ». Il s'agit d'un terme-clé de mon travail que j'emploierai souvent. Il est donc impératif de débiter la rédaction de mon mémoire en ayant les idées claires à ce sujet.

Pour ce qui est des différentes médecines complémentaires existantes pour combattre le cancer, en tant qu'assistante sociale, je trouve intéressant de mieux les connaître afin de pouvoir les soumettre aux malades et d'en discuter avec eux.

A ce propos, il serait intéressant de rencontrer un professionnel en médecine complémentaire. Je pense par exemple à Clare Guillemin, oncologue à Monthey.

- Situer les approches faisant appel aux ressources du patient

Très intéressée par la relation entre le corps et l'esprit, je souhaiterais m'attarder plus précisément sur les approches mobilisant les ressources du patient. Il ne s'agit donc pas de thérapies complémentaires telles que la naturopathie, la phytothérapie, l'aromathérapie ou les régimes alimentaires qui préconisent l'usage de plantes, huiles ou autres substances externes.

Je présenterai plutôt les approches tenant compte de l'influence du psychisme et des émotions du patient. Je pense notamment à la musicothérapie, la sophrologie, le yoga, l'hypnose, etc.

- **Identifier le nombre de personnes ayant recours à ces approches.**

Afin d'effectuer un travail de qualité, il est important de faire un état des lieux de manière à connaître le nombre de personnes ayant recours à des approches complémentaires. Ainsi, je pourrai évaluer leur succès auprès des malades. A ce propos, Mme Anne-Lise Bezençon, assistante sociale à la Ligue valaisanne contre le cancer fut une bonne ressource. Si le nombre de personnes est suffisamment élevé pour mes recherches, je limiterai mon enquête au canton du Valais.

- **Citer les études effectuées sur la relation entre le corps et l'esprit.**

Afin de mieux faire comprendre les raisons qui me poussent à m'intéresser plus particulièrement à la guérison du cancer par une approche qui inclut à la fois le corps, le psychisme et les émotions du patient, j'aimerais présenter diverses recherches effectuées à ce sujet. Certaines mettent en avant les effets positifs de ces approches sur le système nerveux, immunitaire et endocrinien.

- **Mieux cerner les facteurs qui poussent les malades à se tourner vers des approches complémentaires et mesurer leur satisfaction.**

Il serait intéressant de mieux comprendre pourquoi certaines personnes atteintes d'un cancer ne se fient plus seulement à la médecine traditionnelle mais décident de tester d'autres méthodes. Désirent-elles simplement sortir du rôle de victimes et être actives dans leur guérison ? Les médecins traditionnels ne sont-ils pas assez à leur écoute ? De nombreuses raisons personnelles, sociales ou idéologiques peuvent influencer leur choix.

Enfin, il serait intéressant d'évaluer l'impact des médecines complémentaires sélectionnées sur la vie menée par les patients durant la maladie. Les malades utilisant d'autres approches sont peut-être plus confiants que ceux n'ayant recours qu'à la médecine traditionnelle. Ils dorment peut-être mieux et leurs angoisses sont moins fortes.

- **Rencontrer un professionnel ayant recours à la méthode Simonton ou à une autre méthode mobilisant les ressources du patient.**

En Suisse romande, de nombreuses personnes ont suivi une formation pour obtenir le titre de thérapeute de la méthode Simonton. Un centre suisse Simonton se trouve d'ailleurs à Lausanne. Je trouverais intéressant de rencontrer une personne formée dans cette méthode. Je pense par exemple à Mme Inge Bergmeister, directrice du centre suisse Simonton ou à un thérapeute diplômé.

En effet, j'aimerais connaître plus précisément les raisons qui les ont poussées à suivre cette formation. Peut-être pourront-ils également me citer des exemples concrets illustrant les bienfaits de cette méthode. Je me renseignerai sur l'évolution de la méthode et la perception que les milieux médicaux s'en font. Enfin, je les questionnerai sur les activités régulières de ses membres.

2. Concepts théoriques

2.1 COMMENT SE DÉVELOPPE UN CANCER ?

Dans un premier temps, pour un travail complet et une bonne compréhension de la part des lecteurs, il est nécessaire de présenter la maladie du cancer. En effet, peu de personnes ont une idée exacte de la façon dont la maladie se développe.

Notre organisme est composé de milliards de cellules. Certaines disposent des mêmes caractéristiques et se réunissent entre elles pour former des tissus. Elles s'envoient et reçoivent constamment une série de signaux. Ainsi, lorsque des cellules meurent, un message est transmis et elles sont aussitôt remplacées. Chacune fait donc son travail en permettant le bon fonctionnement de notre organisme.

Le cancer se développe suite à l'apparition de cellules ayant reçu de fausses données génétiques. Elles sont incapables de participer au travail qui s'accomplit et viennent le bouleverser. Elles sèment le désordre et ne respectent pas le système mis en place.

Les cellules cancéreuses sont immortelles et peuvent se multiplier de façon illimitée. Normalement, nos défenses immunitaires les repèrent assez rapidement et les détruisent. Cependant, à l'inverse d'une cellule saine, les cellules cancéreuses n'attendent aucun signal pour agir et ne communiquent plus avec les cellules de même type. Si nos défenses immunitaires ne réagissent pas rapidement, la masse de cellules cancéreuses peut alors endommager le bon fonctionnement de certains organes.

Dans des cas plus graves, il arrive que les cellules cancéreuses se déplacent jusqu'à d'autres tissus et y adhèrent. Elles sont alors transportées dans d'autres recoins de notre organisme par voies sanguines ou lymphatiques.

Les causes d'un dysfonctionnement

Il existe divers facteurs expliquant le dysfonctionnement d'une cellule. Tout d'abord, l'apparition du cancer peut être due à une erreur de la part de notre organisme.

En effet, sur les milliards de cellules qui naissent, notre corps en produit parfois une mauvaise. Cette anomalie peut également résulter de facteurs externes, c'est pourquoi une certaine hygiène de vie est recommandée (Tubiana, 1991).

➤ Une alimentation moins saine

Au XX^e siècle, la population s'est beaucoup éloignée de la nourriture traditionnelle. Bien que son influence sur le développement du cancer soit certaine, le nombre de recommandations répandues et vérifiées sont encore très restreintes. 25 à 30 % des cancers semblent pourtant découler des facteurs alimentaires.

La nourriture de type occidental serait plus nocive pour la santé. Une consommation plus grande en fibres végétales est donc recommandée.

En effet, elle augmente la facilité de digestion et réduirait les cancers du côlon. La nature des graisses peut également jouer un rôle. Il est conseillé de consommer beaucoup moins de graisses saturées, présentes dans la viande de bœuf, le beurre, le lard, l'huile de palme et de coco.

Des enquêtes prouvent les bienfaits de certains aliments comme les choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles et autres crucifères. Les aliments riches en vitamine A, E, et C jouent également un rôle protecteur. Cependant, une consommation journalière abondante de légumes et fruits frais est suffisante pour la santé. De plus, l'ail et l'oignon réduisent la probabilité de contracter un cancer.

Il est donc important de ne pas oublier que les repas ne servent pas seulement à apporter aux individus les calories nécessaires à leur survie. Il s'agit d'une hygiène de vie à respecter qui influe sur notre santé physique et psychique.

➤ ***L'obésité***

La surcharge pondérale constitue un réel problème pour la santé. En effet, une personne en surpoids ne mange souvent pas de façon équilibrée et manque d'activité physique. De plus, une personne en surpoids développe une hormone responsable de la multiplication des cellules. Elle accroît donc le risque de donner naissance à des cellules dégénérées.

Chez une femme ayant un poids 40% plus élevé que la moyenne idéale, le risque d'attraper un cancer est deux fois plus élevé. Dans ce cas, les cancers les plus fréquents sont notamment ceux de l'utérus, des intestins, des reins et de l'estomac.

Ainsi, les personnes ayant un poids convenable doivent tenter de le garder. Une alimentation riche en fruits et légumes, fibres alimentaires et comportant peu de matières grasses est conseillée. Les régimes sont déconseillés. En effet, dans la majeure partie des cas, les personnes reprennent un poids plus important qu'avant.

➤ ***Des substances nocives pour la santé***

Certaines professions sont particulièrement exposées aux substances favorisant l'apparition du cancer (amiante, charbon, goudron). En 1775, le docteur Pott fut le premier à démontrer la nocivité de la suie sur la santé. En effet, un nombre relativement important de ramoneurs développaient un cancer. Plusieurs autres exemples mettent en avant cette réalité. Avant 1950 par exemple, beaucoup de médecins travaillant en radiologie ont développé des cancers des os ou de la peau. Il a été récemment découvert que la poussière d'amiante était très nocive. Cette substance est utilisée comme isolant pour les constructions, c'est pourquoi son emploi est aujourd'hui sévèrement réglementé.

Afin de préserver la santé des employés exposés à des substances dites nocives, des moyens de protection de plus en plus efficaces sont exigés au sein des diverses entreprises. Il peut s'agir notamment de blouses, casques ou lunettes spéciales.

➤ ***Certains types de médicaments***

Certains médicaments peuvent augmenter le risque de développer un cancer. Les œstrogènes présents dans les contraceptifs oraux ont été jugés dangereux suite à certaines études. Aujourd'hui, les pilules étant beaucoup moins riches en œstrogènes, le risque est donc quasiment nul.

➤ ***La consommation de tabac***

Environ 40% des cancers sont liés à l'alcool et au tabac. En 1957, le rapport entre le tabac et le cancer des poumons a été prouvé. Environ 90% des cancers du poumon sont dus à la cigarette. Plus le nombre de cigarettes est élevé, plus le risque de développer un cancer augmente. Cette dernière contient à elle seule trois substances toxiques :

- le goudron sans lequel les fumeurs ne pourraient pas brûler le tabac.
- la nicotine qui se fixe sur le cerveau et qui provoque le phénomène d'addiction.
- le monoxyde de carbone qui se fixe sur l'hémoglobine du sang et l'empêche de transporter correctement l'oxygène.

➤ ***L'abus d'alcool***

Une consommation excessive d'alcool nuit au cerveau et au foie. Il irrite les muqueuses qui sont donc moins bien armées contre les cellules cancéreuses. Le risque est encore plus élevé lorsqu'une personne combine de fortes doses d'alcool et de tabac. Ce comportement peut entraîner des cancers de la bouche, du pharynx ou du larynx.

Cependant, même une consommation d'alcool seule peut augmenter le risque de cancer. En effet, une fois absorbé, le liquide se transforme en acétaldéhyde, qui est une substance cancérigène. Arrivé dans le foie, il est accumulé sous forme de graisse, ce qui peut dériver en cirrhose ou cancer.

Il est donc conseillé de ne pas consommer d'alcool ou en tout cas de manière occasionnelle.

➤ ***L'exposition inadéquate au soleil***

Dans l'ensemble, le soleil a un impact positif sur notre moral. Les rayons sont constitués de 4% d'ultraviolets, qui nous permettent de bronzer mais également d'attraper des coups de soleil. En montagne, ces derniers sont plus importants. Bien qu'invisibles, ils peuvent endommager nos cellules. En effet, lorsque la peau rougit, les cellules ne peuvent déjà plus se régénérer. Si le coup de soleil n'est pas trop important, les dégâts sont toutefois réparés dans les 24 heures.

Les ultraviolets se partagent en trois groupes :

- les *UVA* qui sont utilisés dans les solariums. Ils entraînent un vieillissement de la peau et des allergies.
- les *UVB* qui augmentent la vitamine D. Ils renforcent la musculature, l'ossature et les dents. Quinze minutes d'exposition suffisent.
- les *UVC* qui n'arrivent pas jusqu'à la terre.

Le corps a une mémoire, il enregistre tous les coups de soleil. Ceux-ci risquent donc de s'accumuler durant les années et d'augmenter le risque de cancer. La peau tout comme les yeux doivent être protégés. Pour cela, des lunettes filtrant la totalité des ultraviolets, une casquette et des vêtements adéquats sont conseillés. La crème solaire doit être bien choisie et appliquée 30 minutes avant l'exposition. Son utilisation n'est toutefois pas efficace contre tous les types de cancer.

Les enfants doivent être particulièrement tenus à l'abri d'une forte exposition au soleil. En effet, leur peau et leurs yeux n'ont pas terminé de développer leur mécanisme de protection.

De plus, les personnes ayant une peau claire ne doivent en aucun cas avoir recours au solarium. Les UVA y sont six fois plus élevés que ceux du soleil. De plus, ils ne protègent pas la peau contre les futures expositions aux UVB.

➤ ***Le mauvais stress***

Dans les années 50 à 70, le Dr Laurence Le Shan a étudié le profil de patients cancéreux sur la base d'un questionnaire et de séances de psychothérapies individuelles de deux à

huit heures (Jacquet-Smailovic, 2006). Ceux-ci auraient vécu une période de stress intense 6 à 8 mois avant l'apparition de la maladie. Si ce stress réactive en même temps une souffrance passée, ce sont des situations propices à l'apparition d'affections cancéreuses.

Dans les années 50, Thomas Holmes et Richard Rahe ont créé une grille regroupant les événements les plus stressants, par ordre décroissant (Jacquet-Smailovic, 2006). Ainsi, la mort d'un enfant ou du conjoint est considéré comme étant l'évènement le plus stressant². Il est suivi d'un divorce, d'une grossesse, d'un emprisonnement ou de fiançailles. Comme on peut le constater, une situation vécue comme positive peut également engendrer un degré important de stress. Selon le degré d'importance, l'accumulation d'évènements stressants au cours d'une année augmente plus ou moins fortement le risque de développer un cancer. Il est toutefois bien clair que dans une même situation, chaque individu réagit différemment. Suite à une expérience étalée sur deux mois, ils ont constaté que les personnes ayant accumulé plus de stress durant les six mois précédant l'enquête avaient un taux de maladie plus élevé.

Il est important de spécifier que le stress ne devient réellement néfaste pour la santé qu'à partir du moment où il dépasse un certain seuil. De plus, chacun est capable de le combattre. C'est tout un apprentissage. Il s'agit principalement de privilégier ses besoins et ses envies, de s'accorder du temps pour soi.

Pour certains chercheurs, c'est l'impact négatif du stress sur notre immunité qui favoriserait l'apparition d'un cancer (Kwiatkowski, Abrial & Gachon, 2005). En effet, celui-ci perturbe la sécrétion de la mélatonine qui régule les sécrétions hormonales et qui est liée aux fonctions immunitaires.

Michel Moiro, médecin français a étudié les communautés religieuses cloîtrées et non cloîtrées dans cinquante-deux départements français (Moirot, 1985). Il s'agit de personnes vivant au même endroit et ayant les mêmes habitudes de vie. Il élargira également ses recherches en Espagne et Israël. Chez les hommes et femmes cloîtrés qui doivent se conformer à des règles plus strictes, le pourcentage de décès par cancer est plus élevé.

Malgré ces études, les preuves scientifiques satisfaisantes confirmant le lien direct entre des événements stressants et le développement d'un cancer restent minces. On pense cependant qu'un rapport indirect peut exister. Il ne s'agit pas simplement de l'affaiblissement du système immunitaire lors d'une période de stress. L'explication réside au niveau du comportement que l'individu développe lorsqu'il vit des tensions. En effet, il peut ne plus avoir le temps de s'adonner à des exercices physiques, se complaire dans une nourriture malsaine ou se plonger dans l'alcool (Reynaert, Libert & Janne, 2000).

Il convient de préciser que tout le monde connaît un nombre plus ou moins élevé de périodes stressantes au cours de sa vie. Lors d'un cancer, un lien peut donc facilement être fait avec certains événements négatifs. De plus, lors de la maladie, beaucoup connaissent des passages dépressifs. Par conséquent, ils risquent de soulever les situations désagréables qu'ils ont vécues. Enfin, un cancer se développe parfois sur plusieurs années. La personne peut vivre une période de stress alors même que le cancer y est déjà installé.

➤ **Une mauvaise gestion du psychisme**

Les recherches effectuées à ce jour ne permettent pas de déterminer de façon sûre un tempérament ayant une plus grande probabilité de développer un cancer (Jadoulle, Ogez & Rokbani, 2004). Temoshok, psychologue américaine, a défini une personnalité de type C qui aurait des prédispositions au cancer (Eysenck, 1992). Il s'agit de personnes coopératives, patientes, qui ont de la difficulté à s'affirmer et se sacrifient au profit d'autrui. Lawrence Le

² **Annexe 10.1** : Echelle d'évaluation du niveau de stress de Holmes et Rahe

Shan parle de personnes ayant perdu la raison de vivre, ayant vécu un choc émotionnel, n'exprimant pas leurs sentiments et ayant peu de confiance en eux (Jacquet-Smailovic, 2006). Quant à Banhsou, il s'agit d'individus ayant un mauvais souvenir de leur enfance. Ils semblent avoir manqué d'affection et ne pas avoir pu s'exprimer comme ils le souhaitent auprès de leurs parents (Renard, 2003). Il est toutefois nécessaire d'interpréter ces affirmations avec précaution. En effet, ces attitudes ou souvenirs négatifs ont peut-être émergé suite à l'annonce de la maladie et n'existaient peut-être pas avant celle-ci.

Selon Léon Renard, psychologue, le cancer apparaît suite à la relation brisée d'un individu avec son tuteur. Un tuteur peut être une personne, un objet ou une situation à laquelle l'individu est très attaché, dont il dépend, qui est son pilier. Face à la perte d'un travail ou d'un être cher, l'individu peut alors se retrouver dépossédé et perdu face à sa propre personne (Renard, 2003).

Le Dr Ryke Geert Hamer a examiné 170 dossiers de patients cancéreux³. Il s'est aperçu que ces derniers ont tous été victimes d'un choc important. Suite à cela, il a poursuivi ses recherches sur plus de 15'000 cas et a fait les constatations suivantes : un choc important perturbe le fonctionnement du cerveau puis entraîne le développement du cancer dans l'organe. Selon lui, la nature du conflit détermine la localisation de la tumeur.

Dans les années 70, Norman Cousins, journaliste américain, prétend avoir combattu le cancer grâce à sa volonté (Cousins, 1981). Il décide de se pencher sur l'influence du moral et de l'optimisme et obtient un diplôme de médecine. Il participe à une étude effectuée sur six ans auprès de deux groupes de personnes cancéreuses. D'un côté se trouvent 68 personnes participant à un groupe de gestion du stress, de l'autre, un groupe témoin. Au final, les personnes ayant participé au groupe de gestion du stress connaissent une rechute deux fois moins élevée et un taux de mortalité trois fois moins grand.

Selon C. B. Banhsou et al., le cancer serait l'expression d'une problématique psychique que l'individu n'est pas en mesure de régler par une décharge comportementale ou par un traitement sur le plan mental (Renard, 2003).

Il est cependant important de préciser que la plupart des études affirmant l'existence d'un lien entre le psychisme et le développement d'un cancer se fondent sur des moyens méthodologiques relativement pauvres (échantillons restreints, réponses faussées par le stress, etc.). De plus, certaines personnes ne sont peut-être pas d'accord d'effectuer des dépistages réguliers et ne suivent pas les mesures d'hygiène et de prévention conseillées.

Pour beaucoup de personnes, la recherche de facteurs ayant influencé le développement du cancer reste importante. Il s'agit donc de ne pas banaliser ce besoin et d'entendre le raisonnement que la personne malade développe.

➤ **Les facteurs héréditaires**

Le risque de contracter un cancer pour des raisons héréditaires est infime. En effet, les cellules cancéreuses sont le résultat de cellules saines ayant subi des modifications génétiques (Jahn, Lanz, 2005). À notre naissance, si nos parents ou ancêtres sont porteurs d'une de ces cellules modifiées, nous avons alors 50% de risques d'en hériter. Les membres de ces familles souffrent alors plus fréquemment de certains cancers, mais cela ne signifie pas qu'ils développeront automatiquement la maladie.

Il existe une vingtaine de cancers qui se transmettent de façon héréditaire. Dans les cancers du sein, des ovaires, du côlon ou du rectum, 5 à 10% des malades ont une famille porteuse

³ Médecine nouvelle germanique. Dr med. Ryke Geerd Hamer [en ligne]. Adresse URL : <http://www.germannewmedicine.ca/documents/acceuil.html> (consultée le 5 octobre 2008)

de la mutation génétique. Il serait alors important de pouvoir détecter le gène responsable afin d'orienter la personne vers des dépistages adéquats.

Des tests génétiques existent d'ailleurs afin de détecter si la personne présente un risque important de développer un cancer précis. Malheureusement, ce test ne fonctionne encore que pour un petit nombre de cancer.

Les outils de la médecine traditionnelle

Je pense nécessaire de citer et expliquer le fonctionnement des traitements médicaux traditionnels utilisés dans les hôpitaux, pour soigner la maladie (Schraub, 1987). Le choix du traitement approprié dépend du type de cancer, de sa gravité, de sa localisation, de la présence de métastases, de l'atteinte des ganglions et de l'état de la personne en général (âge, état d'esprit, etc.)

➤ La chirurgie

Elle consiste en l'ablation de la tumeur. Dans la première moitié du XVIII^e siècle encore, en cas de tumeur, la chirurgie n'était pratiquement pas pratiquée (Schraub, 1987). En effet, le taux de mortalité suite à l'opération était trop élevé. Le risque d'infection était grand et la souffrance terrible. Elle n'était donc utilisée qu'en cas d'urgence et souvent suivie d'une amputation

A la fin du XVIII^e siècle, la découverte de l'anesthésie, révolutionne donc la médecine. Les médecins se spécialisent dans la pratique. Ils injectent des doses continues en s'adaptant à la durée de l'opération et prennent en charge le patient jusqu'à son réveil.

Parallèlement, le chimiste Pasteur trouva des moyens pour lutter contre les infections. Il certifie qu'une bonne hygiène et des températures élevées sont nécessaires pour combattre les microbes.

Au XIX^e siècle, ces découvertes ainsi que l'utilisation du microscope permettent d'envisager plus sereinement l'opération de cancers. On sait désormais que le cancer est le fruit de cellules qui dysfonctionnent et qu'il faut éliminer. Etant donné la vitesse à laquelle les cellules se multiplient et s'emparent des tissus voisins, les médecins n'hésitent pas à ôter de larges parties. Les patients se retrouvent alors souvent mutilés et vivent très mal après l'opération. Leur état psychique se détériore. Aujourd'hui, les choses ont évolué. Les médecins prennent en considération l'impact de la chirurgie sur la vie du patient et n'effectuent que les opérations nécessaires.

Au cours de ces vingt dernières années, la chirurgie a évolué à plusieurs niveaux. Il y a cinquante ans, un patient atteint de métastases était considéré comme incurable. Aujourd'hui cependant, si celles-ci ne sont pas trop nombreuses, les médecins tentent tout de même de s'en débarrasser. De plus, grâce à la microchirurgie, les médecins peuvent désormais suturer des infimes parties à l'aide de microscopes et les cicatrices sont souvent peu visibles. Enfin, la chirurgie est désormais utilisée avant et après le traitement. Elle permet donc aux médecins de bien évaluer l'étendue de la tumeur avant l'opération. Une fois celle-ci effectuée, il est parfois nécessaire d'ouvrir à nouveau pour en contrôler la réussite.

➤ La radiothérapie

Elle expose la tumeur à des rayons X dans le but d'éliminer toute trace de cellules cancéreuses.

L'apparition de la radiothérapie permet au patient de ne pas nécessairement subir de chirurgie. Le radium a été découvert par Pierre et Marie Curie au début du XX^e siècle.

Rapidement, ils découvrent ses vertus destructrices pour les tissus et tiennent à l'utiliser dans le milieu médical. L'utilisation du radium dans le traitement du cancer constitue alors un progrès incroyable.

Après la Première Guerre mondiale, les radiations n'atteignent que les surfaces en superficie. Assez rapidement cependant, il devient également possible de traiter les tumeurs en profondeur. L'évaluation des doses reste cependant délicate. Ce sont les réactions cutanées qui aiguillent les médecins. Une collaboration avec des physiciens semble alors nécessaire. Bientôt, suite à la guerre, de nouvelles technologies américaines font leur apparition.

C'est le début de la médecine nucléaire. Le cobalt radioactif fait son apparition. Il dure 5 ans et émet des rayons pénétrant jusqu'à dix centimètres, dont la dose est seulement deux fois moins forte qu'en surface. Au début, lorsqu'elle atteignait les profondeurs, celle-ci perdait les trois quarts de sa puissance. Parallèlement, le béta-tron, qui contient une énergie importante de rayons X, est mis sur pied durant la guerre pour les arsenaux américains. Il permet de nombreuses expériences dans le domaine de la physique atomique. Une fois la guerre terminée, ses vertus sont alors proposées aux milieux hospitaliers, pour le traitement des patients. Etant donné la lourdeur de ces machines, elles seront quelque peu remodifiées, afin d'être adaptables aux locaux hospitaliers et utilisées plus facilement par les professionnels médicaux. Les collimateurs des appareils seront perfectionnés afin d'obtenir un faisceau plus net et plus précis. Bientôt, un appareil plus petit et pratique, l'accélérateur linéaire, fait son apparition. Il propose des faisceaux plus pénétrants et permet l'utilisation de rayons X ou électrons. Ces derniers permettent de traiter la tumeur sans atteindre les tissus sains se situant plus en profondeur.

Les médecins s'aperçoivent vite qu'il est préférable d'administrer une même charge de radiations en plusieurs séances, afin de diminuer les lésions cutanées. En effet, les cellules saines se reconstituent plus vite que celles cancéreuses. La difficulté reste de savoir quelles doses administrer. Une chose est sûre, plus la tumeur est grande, plus la dose est élevée. Une tumeur importante contient plus de cellules cancéreuses et devient plus résistante aux rayons radioactifs. Cependant, la limite entre une dose maximale efficace contre la tumeur et une dose dangereuse pour la santé est minime. Les techniques informatiques sont alors utilisées afin d'effectuer des calculs précis et rapides.

Les médecins se concertent également sur le temps qui doit s'écouler entre chaque traitement. En effet, tous les tissus ne se reconstituent pas à la même vitesse. De plus, il ne faut pas oublier que chaque tumeur a ses caractéristiques propres. Celles dont les cellules se multiplient plus lentement diminuent plus gentiment.

➤ **La chimiothérapie**

Elle consiste à administrer des substances chimiques, les cytostatiques, visant à tuer les cellules cancéreuses. Elle peut être combinée avec la radiothérapie ou la chirurgie.

Sa découverte remonte au début du XX^e siècle. Paul Elrich rechercha des molécules capables de combattre des parasites sans effectuer trop de dégâts sur le reste de l'organisme. Le milieu médical lui demanda bientôt de centrer ses études dans le traitement du cancer. Dès 1950, les recherches dans le domaine s'intensifient. Il est difficile de trouver des molécules qui ne détruisent pas simultanément les parasites et les cellules saines. Aujourd'hui encore, l'utilisation de la chimiothérapie ou de la radiothérapie provoque des dégâts sur les autres tissus. Ainsi, le traitement empêche également la multiplication des cellules de la moelle osseuse (globules blancs, rouges et plaquettes), des muqueuses

(bouche, estomac) et du système pileux (cheveux, sourcils). Cependant, la différence entre ces deux procédés est notable.

Le traitement envoyé par la chimiothérapie a un impact sur toutes les cellules de l'organisme. Ainsi, les cellules cancéreuses se trouvant dans différentes parties du corps sont toutes détruites. Les rayons X sont quant à eux envoyés vers une zone bien délimitée. L'avantage de ces derniers réside alors dans la dose de traitement qui peut être plus élevée.

Certaines cellules résistent à la chimiothérapie. En effet, après plusieurs administrations de médicaments, certaines se multiplient et donnent naissance à des cellules plus résistantes. Durant les premiers mois, il arrive donc fréquemment que la tumeur décroisse et recommence tout à coup à prendre du volume. Les médecins ont donc pensé à administrer plusieurs médicaments simultanément et cela, dès les premiers traitements. Ainsi, les cellules qui seraient résistantes à un produit, seraient détruites par d'autres. L'idéal reste évidemment l'administration d'une forte dose de médicaments différents le plus tôt possible. Au bout de 6 à 10 mois, la chimiothérapie doit souvent être interrompue. En effet, la tumeur est alors devenue trop résistante aux produits.

Certaines drogues sont spécifiquement efficaces auprès de tissus comme le poumon ou le muscle cardiaque. La tâche du chimiothérapeute est très délicate car il doit trouver un mélange précis pour chaque patient, permettant d'agir le plus efficacement possible sur son type de tumeur. Pour certains types de cancers, notamment la leucémie, la chimiothérapie reste la seule arme valable. En effet, les cellules qui se divisent très rapidement sont particulièrement sensibles au traitement. Pour les autres cancers, la chimiothérapie permet de faire régresser la tumeur ou l'empêcher de croître.

Le cancer se développe sur des années et les métastases ne sont repérables que lorsqu'elles atteignent quelques millimètres. C'est durant ce laps de temps que la chimiothérapie est la plus efficace. En effet, les cellules qui se divisent rapidement y sont plus sensibles. C'est pourquoi, après l'ablation d'une tumeur, il est parfois nécessaire d'effectuer un traitement même si aucune métastase n'est détectée. Etant donné le nombre élevé d'effets secondaires découlant d'une chimiothérapie, il est souvent difficile pour les médecins de faire un choix. Après avoir évalué la présence plus ou moins importante de métastases, ils doivent prendre la meilleure décision pour leurs patients.

Lorsque le cancer est déjà à un stade avancé, la radiothérapie est utilisée en parallèle. En effet, la chimiothérapie risque de ne pas pouvoir combattre seule la maladie. Des cellules indétectables pourraient survivre et refaire surface. De plus, si la maladie ne peut pas être guérie, la chimiothérapie est utilisée comme traitement palliatif. Elle permet de limiter l'accroissement du cancer et diminue ainsi les douleurs du patient.

La chimiothérapie est administrée chaque mois environ. Il s'agit d'un « cycle » qui dure à chaque fois entre un et cinq jours (Glaus, Durrer, 2004). Un traitement compte quatre à six cycles. Un temps de récupération est prévu, afin que les cellules saines puissent se régénérer. Le traitement est aujourd'hui souvent ambulatoire. Il commence à l'hôpital et une pompe portable permet de le terminer à la maison.

➤ **L'hormonothérapie**

Les hormones influencent le fonctionnement de certains tissus du corps humain. Elles stimulent ou freinent la multiplication de cellules, pour autant que celles-ci aient les récepteurs spécifiques. Pour le cancer du sein par exemple, les hormones peuvent jouer un rôle dans la prolifération de cellules cancéreuses. Il convient alors de créer un climat hormonal défavorable empêchant la multiplication des cellules cancéreuses.

En 1941, Huggins et ses collègues proposèrent de lutter contre le cancer de la prostate à l'aide d'une castration. Le résultat fut efficace. Effectivement, ce type de cancer est stimulé par l'hormone mâle et les testicules en produisent le 95%. Ce procédé étant traumatisant

pour les hommes, l'administration d'hormones femelles (œstrogènes et progestérone) fut utilisée pour la régression du cancer de la prostate. D'autres désavantages en découlent, comme l'impuissance sexuelle ou l'apparition de petits seins. Heureusement, la castration chimique existe aujourd'hui pour pallier à ces inconvénients.

La chimiothérapie est peu efficace pour ce type de cancer. Il subsiste toujours le danger que certaines cellules deviennent capables de se multiplier sans hormone mâle. Le cas est valable pour les femmes, chez qui les œstrogènes amènent à une prolifération des cellules mammaires. Dès la fin du XIX^e siècle, on propose donc une ablation des ovaires pour traiter le cancer du sein. On propose également l'administration d'hormones mâles pour combattre les hormones femelles. Ceci a notamment pour conséquence une pilosité sur le visage et une voix qui mue.

Avec le temps heureusement, les anti-œstrogènes font leur apparition. Ils sont parfois utilisés à titre préventif, lorsque des tumeurs bénignes sont détectées chez une même femme. La relation entre les œstrogènes et la multiplication des cellules varie d'une femme à l'autre. Chez certaines, les cellules n'ont pas besoin d'hormones féminines pour se diviser. Lors de l'apparition d'un cancer, les médecins peuvent évaluer si un traitement hormonal convient ou non à la personne.

Si le traitement est approprié au type de cancer, les médecins administrent alors au patient des médicaments qui se fixent sur les récepteurs de cellules, faisant ainsi obstacle aux hormones. Ils peuvent également diminuer leur présence dans le sang ou empêcher le corps d'en fabriquer.

Ce traitement est particulièrement utilisé pour les cancers du sein, de la prostate et de l'utérus. Les effets secondaires sont moins importants. Les patients peuvent tout de même souffrir de maux de tête, troubles du sommeil, bouffées de chaleur.

Les impacts physiques

Les traitements médicamenteux que je viens de mentionner ont des conséquences sur l'apparence corporelle du patient. De plus, lorsque la situation l'exige, le patient se voit également mutilé par la chirurgie.

Dans de nombreux cas, le corps se transforme, s'amaigrit. Le choc du diagnostic, les traitements ou l'avancement de la maladie diminuent souvent l'appétit des patients. L'anxiété et un état dépressif sont les causes principales d'une anorexie. Les traitements, la douleur et les nausées empêchent quant à eux les apports en calories et protéines nécessaires à l'organisme.

La chute de cheveux est courante dès la troisième semaine de traitement. Lorsqu'elle est importante, le port d'une perruque est alors nécessaire. Petit à petit, les cils et sourcils seront atteints à leur tour.

Dès le début du traitement, le patient peut également avoir une inflammation de la muqueuse buccale. Souvent, la salive se raréfie, ce qui entraîne un assèchement de la bouche (Glaus, Durrer, 2004). Le malade a constamment soif et perd le goût des aliments. Des plaies peuvent se former et s'infecter.

Des rougeurs cutanées peuvent apparaître. La peau peut également gonfler. Il s'agit le plus souvent des pieds et des mains. Ces troubles ne durent cependant qu'une à deux semaines.

Ces effets secondaires vont alors à l'encontre de l'image idéale véhiculée par la société. Ils portent atteinte à l'image que le malade se fait de lui-même. De lourdes conséquences se font ressentir sur la nature de la relation que le malade entretient avec son entourage et sur les sentiments qu'il éprouve à l'égard de sa propre personne.

➤ ***Les nausées***

Les nausées et vomissements sont fréquents. Ils sont provoqués par une réaction de l'estomac à la maladie ou aux traitements. Le contexte a également son importance. Les odeurs propagées dans l'hôpital et les couleurs des salles, additionnées aux injections régulières de médicaments accentuent le sentiment de nausée. Certains patients sont déjà malades sur le chemin les conduisant à l'hôpital. Ils sont anxieux à l'idée de ce qui les attend. Des médicaments leur sont alors prescrits afin d'atténuer les effets.

➤ ***Les troubles digestifs***

Certains cytostatiques ou médicaments contre la nausée peuvent altérer la bonne activité intestinale. Ainsi, le patient peut rencontrer des problèmes de constipation. Le contraire est également possible. Les dommages provoqués sur la muqueuse intestinale peuvent provoquer de la diarrhée.

➤ ***Une modification de la formule sanguine***

Si un nombre important de globules blancs diminuent suite au traitement, le risque d'infection est élevé. De plus, la diminution de plaquettes dans le sang nuit à une bonne coagulation et augmente le risque d'hémorragie. Le malade doit donc faire très attention à son hygiène, ainsi qu'à d'éventuelles blessures.

➤ ***Une perturbation des fonctions musculaires et nerveuses***

Certains cytostatiques peuvent endommager temporairement les terminaisons nerveuses. Des fourmillements ou picotements se font alors ressentir. De plus, les fonctions musculaires peuvent être gênées et provoquer des faiblesses chez le malade.

➤ ***Une sexualité moins épanouie***

Ces changements peuvent parfois procurer de la honte et devenir un frein supplémentaire dans la sexualité des patients. La chimiothérapie diminue la libido et leur état général limite leurs aptitudes physiques.

Les relations sexuelles ne sont toutefois pas prohibées. En effet, elles n'ont aucune incidence sur le déroulement de la maladie. Les femmes peuvent toutefois souffrir de sécheresse intime. Les rapports sont alors douloureux. Elles produisent également moins d'ovules. Quant aux hommes, ils peuvent connaître une diminution du nombre de spermatozoïdes ou être stériles temporairement.

Le comportement du partenaire et un dialogue au sein du couple est très important. Celui-ci doit pouvoir mettre en confiance le malade, le valoriser et ne pas laisser transparaître un sentiment de dégoût face à la modification corporelle de son conjoint.

➤ ***Des douleurs parfois persistantes***

La plupart des patients cancéreux souffrent de douleurs. Elles dépendent du type de tumeur et de sa localisation. Elles sont parfois difficiles à traiter, ce qui est insupportable pour les

proches et les soignants. Plus le cancer est à un stade avancé, plus la douleur est forte. La principale tâche du personnel médical consiste alors à administrer au malade les médicaments nécessaires afin de diminuer sa souffrance au maximum. Dans 80 à 90% des cas, les antalgiques permettent d'estomper complètement la douleur (Schwizer, 2004). Des opioïdes sont administrés pour les douleurs moyennes et des opiacés pour des douleurs fortes. Certains médecins n'apprécient pas la prescription de ces substances, car elles sont aussi utilisées comme stupéfiants. Certains malades souffrent donc parfois longtemps avant d'avoir droit à des médicaments efficaces.

Il existe deux sortes de douleur, celle aiguë et celle chronique (Guex, 1989). La première est provoquée par une défaillance dans l'organisme. Le problème est alors repéré et traité rapidement par les médecins. Si par contre, la souffrance persiste après 6 mois et qu'aucun problème organique n'est détectable, on parle d'une douleur chronique. Il s'agit d'une douleur provoquée par un défaut organique lointain qui n'existe plus. Plus elle évolue dans le temps, plus elle est associée à des facteurs externes. Il est alors indispensable de se renseigner sur la relation que le malade entretient avec son entourage. En effet, celui-ci ne désire peut-être pas se passer des soins et attentions prodigués par sa famille, les médecins, etc.

Des éléments personnels, culturels, relationnels et psychologiques peuvent accentuer la douleur. Il s'agit donc d'un état complexe qui nécessite l'avis de plusieurs professionnels, dont les oncologues, neurologues et psychiatres. Si les douleurs persistent aux médicaments usuels, des pompes peuvent être implantées dans le corps du malade. Elles distribuent alors les médicaments en permanence.

Parallèlement aux médicaments, le malade peut recourir à des massages, bains thermaux ou autres thérapies corporelles, afin d'apaiser ses douleurs. Les traitements psychothérapeutiques me paraissent particulièrement intéressants. En effet, le patient mobilise ses forces psychiques dans le but de retrouver un bien-être. A ce propos, les séances de relaxation et d'hypnose sont les plus connues et efficaces.

➤ **Un état de fatigue élevé**

Les origines d'un état de fatigue peuvent être nombreuses. Il peut s'agir de la conséquence directe (diminution de globules rouges) ou indirecte des traitements (suite aux douleurs ressenties). Les troubles psychologiques, telles l'anxiété ou les insomnies peuvent également favoriser cet état. De plus, certaines tumeurs peuvent entraver le bon fonctionnement de fonctions vitales ou de la glande thyroïde.

Afin de lutter au mieux contre cet état, une bonne hygiène de vie est recommandée. Pour ce faire, la personne malade doit maintenir une alimentation équilibrée. Elle doit veiller à se reposer suffisamment, tout en continuant une activité physique modérée. De plus, si elle en ressent le besoin, elle ne doit pas hésiter à mobiliser l'aide de son entourage. Si la fatigue persiste, il paraît important de prendre conseil auprès de son médecin qui cherchera à mieux cerner son origine et trouvera des solutions adaptées⁴.

Les impacts cognitifs

A un stade avancé de la maladie, un quart des patients se voient atteints de troubles cognitifs plus ou moins importants. Il peut s'agir de perte de mémoire ou de troubles de l'attention, mais aussi de troubles du comportement. L'effet de la tumeur ou de certains

⁴ Blanchot L. Mieux combattre la fatigue liée au cancer. *Doctissimo* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer/8182-cancer-fatigue.htm> (consultée le 28 septembre 2008)

médicaments, dont la chimiothérapie notamment, en sont les causes principales (Guex, 1989).

Ces troubles peuvent également être décelés chez des patients plus fragiles psychologiquement et déjà angoissés avant le diagnostic du cancer. L'apparition de la maladie constitue alors l'élément déclencheur de ces problèmes.

Les impacts psychologiques

Parallèlement à la dégradation physique, la maladie peut avoir des conséquences sur la santé psychologique du patient (Jacquet-Smailovic, 2006).

➤ La honte

Le malade prend conscience que sa différence l'éloigne des autres. Ce sentiment naît à l'encontre du regard de l'autre. Parfois trop fuyant, parfois trop appuyé, ce regard fait comprendre au malade qu'il n'est plus comme les autres. Certains refusent de sortir ou n'osent plus sortir du tout. Ils se tiennent à l'abri des regards du monde extérieur.

Lorsque le mépris de soi prend le dessus sur l'estime de soi, la personne peut se demander si elle peut encore être aimée. Certains s'engagent alors dans des attitudes de provocation pour étouffer la honte.

➤ La dépression

Il n'est pas très évident de la diagnostiquer. En effet, il est difficile de faire la part entre les effets secondaires des traitements et un état dépressif du patient. Il faut donc que le malade ait un changement de comportement ou d'humeur soudain, qui dure au minimum une semaine. Un patient déjà sujet à des dépressions est plus vulnérable. Certains signaux bien particuliers trahissent cet état, notamment des yeux fréquemment remplis de larmes, un retrait social, des commentaires pessimistes.

Les médecins partagent alors leur constatation avec la famille, afin de connaître leurs impressions. Il est très important de ne pas émettre de jugements trop hâtifs car la situation du malade est déjà suffisamment délicate. Si toutefois, le diagnostic de dépression tombe, il est alors nécessaire de lui prodiguer des soins au plus vite. Un patient dépressif répond souvent moins bien aux traitements qui lui sont administrés.

➤ Les hallucinations

Elles peuvent être liées à la personnalité du patient ou découler des divers traitements. Ce genre de situations peut compliquer la prise en charge du malade qui risque de se méfier du personnel médical et penser que les professionnels désirent nuire à sa santé. S'il était dépressif avant l'apparition du cancer et bénéficiait d'un traitement, il est bien entendu nécessaire de continuer la prise de médicaments.

➤ L'anxiété

Les craintes majeures d'un patient sont induites par la peur de la mort, de la souffrance, du rejet des autres ou de la perte de contrôle. Les traitements subis et la méconnaissance de leur impact immédiat sur le déroulement de la maladie peuvent induire un stress très élevé. De plus, une fois toutes les difficultés endurées et le cancer combattu, la crainte d'une récurrence persiste.

Elle peut cacher un malaise du patient face aux traitements reçus. Il se peut alors que celui-ci se tourne vers des médecines complémentaires.

2.2 LES CRAINTES FONDAMENTALES

Ci-dessous, je souhaiterais présenter plus en détail les principales peurs des patients cancéreux. Dans mon stage à la Ligue valaisanne contre le cancer, j'ai été confrontée à des malades anxieux qui désiraient parfois se confier. Il était alors de mon ressort de les rassurer au mieux face à une situation dont personne ne peut prédire le déroulement exact. Ces « craintes fondamentales » n'ont pas toujours existé. Elles sont le fruit d'un système dans lequel le cancer s'est multiplié rapidement sans que l'on puisse s'y préparer. Aujourd'hui, malgré les recommandations portant sur une bonne hygiène de vie, nous ne pouvons pas réellement nous en protéger. Nos pensées s'envolent alors facilement vers d'autres horizons et d'autres époques où cette maladie était moins présente.

➤ L'aliénation

Le patient devient autre à soi. Il redoute l'abandon et le rejet des autres car il vit une situation bien particulière. Les personnes de son entourage sont certes touchées par ce qui arrive, mais leur vie n'est pas complètement remise en question. Quant aux amis, malgré le souci qu'ils portent à la situation du malade, ils gardent toutefois leur train de vie (Guex, 1989).

Lors du diagnostic, ces derniers peuvent se sentir mal à l'aise face à la maladie et ne pas savoir quel sujet aborder. En effet, le malade devra certainement subir des traitements et changer de rythme de vie. Il n'aura peut-être plus le moral et les capacités physiques pour participer aux sorties organisées entre copains.

L'avancement de la maladie peut donc constituer une barrière à une relation sereine entre le malade et son entourage. En effet, lors de visites, ses amis n'osent peut-être pas demander au patient comment il se sent. Ils se gênent de parler d'événements heureux qui se passent dans leur vie, par peur d'attrister le malade qui vit une période difficile.

Cela peut entraîner une diminution de contact avec le monde extérieur. L'entourage a peur d'être maladroit et d'émettre des propos inadaptés. Bien souvent, les gens pensent ne pas disposer des outils nécessaires pour affronter une personne malade, alors que cela est faux.

➤ La mutilation

La personne malade craint les traitements qu'elle devra subir pour combattre le cancer. Si elle doit avoir recours à la chirurgie, l'emplacement de la tumeur déterminera la zone du corps qui sera opérée. Pour une femme, l'ablation d'un sein ou tout autre dommage esthétique peut entraîner une perte de confiance en soi, une atteinte à son pouvoir de séduction.

Quant aux hommes, ils peuvent vivre très mal leur impuissance lors de relations sexuelles normales et ne jamais s'en remettre. De plus, les effets secondaires de la chimiothérapie et la radiothérapie peuvent engendrer tout autant de souffrances. Une femme qui perd ses cheveux aura du mal à s'accepter. Un homme qui maigrit trop ou au contraire, prend énormément de poids ne se reconnaîtra plus. Tous ces changements corporels peuvent entraîner des troubles psychologiques.

Les malades craignent alors de ne plus être autant désirables pour leur conjoint, de provoquer de la pitié auprès de leur entourage. Ils ne se sentent peut-être plus épanouis lors de relations sexuelles et un climat de tension peut se créer au sein du couple. L'entourage du patient joue donc un grand rôle dans cette situation. Les proches devront valoriser le malade. L'amour qu'ils lui portent leur permettra de faire abstraction de l'apparence extérieure du malade en se concentrant sur l'être intérieur qui reste le même.

➤ ***La confrontation à sa propre vulnérabilité***

Lorsque le diagnostic tombe, le malade se rend alors compte que sa vie est en danger. Son corps doit tout à coup lutter contre des cellules ennemies qui prennent possession de certains tissus. Jusqu'alors, il ne s'était peut-être jamais soucié des maladies graves et ne pensait pas à sa vulnérabilité.

Si le patient est jeune, il sera d'autant plus difficile pour lui d'accepter la situation. Pensant bénéficier d'un physique en pleine santé, il n'imaginait pas que son jeune corps puisse lui jouer des tours dans la fleur de l'âge. Plein de projets en tête, il ne pense pas avoir suffisamment profité de la vie pour envisager qu'un événement, quel qu'il soit, y mette un terme.

Face à une maladie grave, le patient se rend tout à coup compte d'à quel point il aime la vie et de tout ce qu'il risque de perdre. Il peut alors repenser à tous les comportements qu'il a eus et qu'il regrette, à toutes les personnes qu'il aime et avec qui il ne se conduit pas toujours de la bonne manière. Il ressent peut-être même le besoin de ressortir certains sentiments qu'il a gardés pour lui jusque-là et qu'il a sur le cœur.

➤ ***La crainte de perte du contrôle***

Les causes ayant provoqué l'apparition du cancer et le déroulement de la maladie ne sont pas prévisibles par le corps médical et l'entourage du patient. Le malade peut donc se sentir dépossédé de tout moyen d'action, acteur d'une situation qu'il n'a pas choisie mais qu'il doit tout de même surmonter. Son train de vie sera bouleversé d'un jour à l'autre. Bien que le malade souhaite vivre le plus normalement possible, il risquera d'être vite confronté à de multiples barrières se posant à travers son chemin.

➤ ***La peur de la mort***

Le malade réagit à sa maladie selon l'image que la société se fait du cancer. En effet, au cours de leur vie, beaucoup assistent au décès d'une personne de leur entourage, suite à un cancer. Souvent, la maladie s'accompagne d'une grande souffrance, ce qui amplifie la peur qu'elle suscite. Afin d'améliorer l'état d'esprit du malade, il est important qu'il puisse surpasser cette peur. Pour ce faire, je citerai les associations et moyens existants permettant de mieux connaître la maladie et de s'y préparer afin d'atténuer la peur qui en découle. Dans un second temps, le malade pourra alors développer des ressources lui permettant d'affronter la maladie.

Un autre point important dans le dépassement de la peur est le fait de pouvoir extérioriser ses sentiments. En gardant leurs angoisses pour eux, les malades peuvent favoriser un affaiblissement de leurs défenses immunitaires. En tant que futur travailleur social, je traiterai brièvement des attitudes à adopter afin d'encourager le malade à laisser sortir ses émotions.

Malgré cela, avant d'accepter la possibilité de mort, le patient passera par certaines étapes ou adoptera des réactions correspondant à celles-ci. Elizabeth Kübler-Ross les identifie au nombre de cinq : dénégaration, colère, marchandage, dépression, acceptation. Bien entendu, tous les malades ne suivront pas toutes les étapes et cela, dans l'ordre présenté.

Le fait de contracter une maladie grave et de frôler parfois la mort peut également dégager des aspects positifs. Je trouve important de souligner ces quelques bénéfices, afin de montrer que l'on ressort grandi de tout événement, même des plus difficiles.

Les mécanismes de défense

En effet, lorsque la personne prend conscience de la gravité de sa maladie, son fonctionnement psychique s'en trouve affecté. Elle pense à tout ce qu'elle ne pourra plus faire normalement. Elle devra dépendre de plus en plus des autres. La personne recourt alors à des mécanismes de défenses lui permettant de mieux gérer l'angoisse. Ils mettent le malade à l'abri de la réalité.

➤ ***Le déni***

La personne fait preuve d'aveuglement et nie sa maladie. C'est un mécanisme inconscient qui pousse le malade à ne pas entendre et ne pas reconnaître une réalité trop douloureuse. Si elle adopte ce comportement, c'est parce qu'elle a compris quelles pouvaient être les conséquences de sa maladie. Elle fait preuve d'une grande fragilité psychologique et continue à élaborer des projets pour le futur.

➤ ***Le déplacement***

Les préoccupations du malade ne sont pas tournées vers sa maladie mais vers l'état de santé d'un de ses proches par exemple. Ainsi, cela permet de faire ressortir ses angoisses face à sa propre maladie de manière détournée.

➤ ***L'isolement***

Le patient reconnaît qu'il est malade. Les aspects douloureux sont refoulés. Il devient spectateur d'une situation qui est la sienne. Il ne fait confiance qu'à lui-même et fait preuve de méfiance à l'égard des soignants. Il est convaincu de pouvoir exercer un contrôle sur l'évolution de sa maladie. Il cherche à connaître les moindres détails de sa maladie et est continuellement aux aguets.

➤ ***Les conduites obsessionnelles***

Le malade s'acharne dans un travail. Il se protège ainsi de toutes questions de son entourage, pouvant le ramener à sa maladie.

➤ ***La régression***

La personne se laisse prendre en charge par l'entourage. Elle abandonne toute autonomie, toute volonté. Elle laisse affronter aux autres ce à quoi elle-même ne désire pas être confrontée.

➤ ***La mentalisation***

Le malade cherche à partager ses ressentis. Lorsque cette tentative échoue, l'épreuve dont il est seul à porter le poids devient écrasante. Le présent et l'avenir deviennent impensables. Plus rien n'a de sens.

➤ ***L'hypersomnie***

Certains peuvent trouver refuge dans le sommeil. L'entourage et les soignants sont alors confrontés à un grand sentiment d'impuissance. Aucun de leur geste ne semble avoir d'influence.

➤ **L'agressivité**

Dépossédés de leur autonomie, les malades déversent sur leurs proches leurs ressentiments. Les soignants sont décrits comme incompetents, l'insatisfaction du patient demeure. L'entourage se voit réserver un accueil hostile.

2.3 L'EMPOWERMENT COMME OUTIL DE DÉVELOPPEMENT PERSONNEL

« Développement des ressources personnelles (sociales, psychologiques, intellectuelles et spirituelles) afin de donner à la personne les moyens de contrôler et de diriger sa propre vie » (Ford, 1996).

L'empowerment peut être utilisé pour se référer à l'individu, une organisation ou une communauté. Pour ma part, je me pencherai sur les capacités individuelles dont dispose le malade pour se diriger vers la santé.

Pour beaucoup de malades, tous les moyens de guérison sont effectivement importants. Afin d'affronter au mieux le cancer, certains choisissent donc de ne pas compter seulement sur les autres, mais d'être actifs dans leur guérison. En participant à des associations ou groupes de parole par exemple, le malade a le sentiment de se prendre en charge, ce qui a un impact sur sa santé (Rissel, 1994 ; Riger, 1993).

On parle ici d' « empowerment psychologique » : le patient est actif et a l'impression de contrôler le déroulement de sa maladie (Daudelin, Vissandjée, 2001). En effet, il est très important de ne pas se sentir pris au piège et impuissant face au développement de la maladie, ce qui peut provoquer des impacts sur le plan physique et immunitaire. On parle alors de powerlessness, le patient a le sentiment de perdre le contrôle de sa vie. Parfois, c'est d'ailleurs en réaction à celui-ci que la personne malade décide d'agir et qu'elle est coachée par son entourage.

L'accès à la santé dépend aussi de l'aspect financier et des ressources à disposition. Sur ce plan, les malades ne partent malheureusement pas sur un même pied d'égalité. L'âge de la personne, sa personnalité et son expérience avec le cancer aura alors une influence sur les ressources qu'il pourra mobiliser dans son combat.

Parallèlement aux traitements médicaux, des tas de méthodes différentes sont proposées aux malades dans leur chemin vers la guérison. Certains n'hésitent pas à toutes les tester, jusqu'à ce qu'ils aient trouvé la bonne formule. En effet, il est important de se battre et cela, même si d'autres ont échoué.

Dans ce principe d'empowerment, le personnel médical joue un grand rôle. Il laisse la possibilité au patient d'émettre des propositions. Il crée un climat favorable lui permettant d'utiliser toutes ses ressources et de trouver des solutions à sa situation. Ils fournissent au patient les informations dont il a besoin. Ils coopèrent avec lui et l'accompagnent. Ce dernier se sent partenaire, il a la possibilité de donner son avis sur les traitements qu'il doit subir.

La capacité du patient à faire face à la situation, sa détermination et sa motivation jouent un grand rôle dans son combat contre la maladie. Pour cela, il est important qu'il surmonte l'anxiété. Il peut faire des projets pour l'avenir, tout en se convaincant que la maladie ne constitue qu'une étape de sa vie qu'il doit surpasser (Siegel, 1995).

Selon Gibson (1991), l'empowerment se caractérise selon les indicateurs suivants (Doumont, Aujoulat, 2002) :

- avoir une bonne image de soi,
- avoir un sentiment de satisfaction personnelle, d'auto-efficacité,
- avoir un sentiment de contrôle interne,
- se sentir « en lien »,
- être dans un processus de croissance ou d'épanouissement,

- éprouver de l'espoir,
- avoir un sentiment de justice sociale.

2.4 LES TYPES DE RELATIONS ENTRE MÉDECIN ET MALADE

Aujourd'hui, la relation médecin-malade est le mélange d'une relation paternaliste et nord-américaine. A ce propos, elle semble se diriger petit-à-petit vers une relation thérapeutique (Palazzolo, 2007).

➤ **La relation paternaliste**

Le professionnel est tout-puissant, aucune délibération n'a lieu durant la consultation. Le malade fait confiance à son médecin. Il suit ses indications et se remet à ses conseils sans prendre de décisions.

➤ **La relation nord-américaine**

Le professionnel et le malade sont sur un pied d'égalité. Le patient est client. Il est consommateur et les plaintes judiciaires sont fréquentes si ce dernier n'est pas satisfait. Le médecin se méfie donc de lui donner trop d'informations.

Dans notre modèle actuel, le médecin informe le patient et celui-ci a droit à sa part de décision. Ils négocient ensemble et ainsi, les libertés individuelles sont respectées. Pour tout traitement, le médecin et le patient doivent tomber d'accord. La participation du malade aux décisions médicales diminue le risque d'anxiété et favorise une bonne relation.

➤ **La relation thérapeutique**

Le client est respecté. Il collabore avec le professionnel. Les principes de l'autonomie, de l'égalité des droits et du partage du savoir sont respectés. En effet, l'oncologue met au courant le malade des actions qu'il souhaite entreprendre (Nicolle, 2005).

C'est ensuite au client d'évaluer les propositions de l'oncologue et de négocier avec lui certains points qui lui conviennent moins. Ils sont sur un pied d'égalité. Le professionnel doit alors obtenir l'accord du malade pour entamer les traitements. Après réflexion, le client peut également refuser de collaborer, il est libre de ses choix.

➤ **Les principes d'une « bonne relation »**

Une bonne relation entre le médecin et son patient est fondamentale dans le traitement de la maladie. Le professionnel se doit d'accompagner le patient et non de le guérir. En effet, il ne dispose pas des outils nécessaires pour guérir le patient à tous les coups, mais peut tenter de l'accompagner au mieux. Cette relation se construit petit à petit. A chaque rendez-vous, le malade a des attentes vis-à-vis de son médecin qu'il a choisi personnellement. Il espère recevoir de l'écoute, de l'intérêt. Le médecin, lui, doit veiller à satisfaire les exigences d'une vingtaine de patients par jour, ce qui n'est pas toujours simple.

Afin d'assurer une meilleure communication possible entre eux, le médecin doit donc suivre quelques indications importantes. Il doit notamment mettre la priorité sur l'écoute des soucis du patient, avant de chercher par lui-même des signes cliniques traduisant une atteinte à sa santé. Ainsi, le patient sentira que sa demande est entendue. De plus, si le malade se confie, le professionnel est plus attentif aux signes annonçant un état dépressif.

S'il ne sait pas quelque chose, le médecin ne doit jamais avoir peur de relater son ignorance. En effet, il ne s'agit pas d'un examen face auquel il doit absolument tenter de répondre. Son honnêteté augmente indirectement la confiance que le patient lui porte.

Dans une bonne communication, les cinq sens sont utilisés (Honnorat, 2007). L'expression verbale, mais aussi les gestes et le regard jouent un rôle dans la transmission d'un message. Dans un premier temps, la tâche du médecin est d'émettre les données qu'il a en tête. Dans un deuxième temps, il faudra que celles-ci soit bien entendues et comprises par le patient. Le médecin doit alors veiller à la bonne compréhension du message par le patient, en étant attentif aux signes verbaux ou non verbaux traduisant sa reconnaissance.

Durant la consultation, le toucher détient une place importante. En effet, le malade attend du médecin qu'il vérifie son état de santé à l'aide de palpations ou divers outils médicaux. Un médecin qui prétend au patient qu'il n'a rien sans même avoir vérifié par le toucher n'est pas crédible et diminue la confiance instaurée.

Lorsque le médecin remet une ordonnance au patient, il paraît important de lui expliquer les vertus des médicaments prescrits et la façon de les utiliser. En effet, en veillant au bon agissement de son patient et à sa bonne compréhension, le médecin prouve qu'il s'intéresse à son bien-être. Les médicaments sont une solution aux problèmes pour lesquels le patient est venu. Ils permettent donc de garder un lien entre les deux acteurs.

De plus, en tant que professionnel, il est important de cacher certaines émotions comme l'affolement ou la peur, en restant le plus professionnel possible. En effet, cela évite de les communiquer au patient. Or, un tel effort peut tout à coup laisser transparaître un médecin froid et distant.

Selon Schneider (1976), la relation médecin-malade dans le domaine du cancer passe par différentes étapes, dont :

- La relation scientifique

Le médecin s'intéresse au corps du patient avant tout. Il effectue plusieurs prélèvements et examens. Il désire connaître le stade de la maladie et contrôler son évolution. Les émotions et sentiments du patient sont donc mis de côté durant ce laps de temps.

- La relation d'entretien

Le patient a débuté les traitements. Il se rend régulièrement à l'hôpital, adapte son rythme de vie au bon déroulement de la maladie. Il effectue des contrôles pour faire le point de la situation avec son médecin. Ce dernier se préoccupe de sa qualité de vie en général. En effet, chacun sait ce qu'il a à faire.

- La relation d'aide

Le patient se sent faible et perdu. Il fait part de son état d'âme au médecin et espère obtenir de l'aide. Ce dernier juge ce qui convient au client et lui trouve des solutions. Une certaine hiérarchie se crée entre les deux. En effet, le médecin dispose de compétences que le malade n'a pas.

- La relation de soutien

Le patient demande un soutien particulier sur le plan psychologique. Ils travaillent sur l'estime de soi tout en laissant les rênes au patient. Le professionnel le réconforte et l'aide à développer les ressources nécessaires pour surmonter la maladie.

- La relation interpersonnelle subjective

La relation entre le malade et son médecin a évolué et s'est fortifiée. Le patient fait désormais part de ses émotions, il a confiance en lui. Quant au professionnel, il se permet de faire des remarques sans crainte de blesser son patient. Ils sont à l'écoute l'un de l'autre.

Chacun fait part de ses impressions, en toute honnêteté, sans peur de la réaction de l'autre. Le patient se sent considéré par le médecin dans son entité, avec son histoire de vie et ses sentiments.

➤ **L'annonce de la mauvaise nouvelle**

En cancérologie, la manière dont le médecin annonce le diagnostic est importante. Peu de professionnels de santé sont formés pour ce genre de nouvelles, ce qui est bien regrettable. En plus de l'enrichissement découlant des années d'expérience, une formation en psychologie serait conseillée. La réaction des patients sont bien différentes à l'annonce d'une maladie grave. Cela dépend de divers facteurs, tels que l'âge de la personne, son vécu, son caractère, etc. S'il est difficile d'apprendre la biographie de chacun, le médecin peut néanmoins tenter d'adapter son discours en fonction du patient qui lui fait face.

Quoiqu'il en soit, la tâche pour le médecin est toujours difficile. Ce dernier est confronté à la peur de faire mal. Il est le porteur d'une nouvelle qui représente un choc pour le malade et assiste impuissant à sa réaction. De plus, le caractère mortel de la maladie peut augmenter le malaise. Dans notre société actuelle, la mort fait peur. Dans le milieu médical, les progrès sont nombreux. Les gens imaginent vivre longtemps et en bonne santé.

Le médecin ne doit alors pas trop se laisser prendre par les émotions, afin de ne pas perdre le fil dans l'annonce de la mauvaise nouvelle. Il peut craindre d'endosser la responsabilité de ce qui arrive, car le malade peut chercher un coupable et risquer de déverser sa rage sur le médecin. Face aux compétences du professionnel de santé, le malade peut au contraire voir en lui une aide, une bouée à laquelle s'accrocher pour surmonter la maladie. Le médecin cherchera alors à obtenir la confiance de son patient, à répondre à ses attentes. Il lui exposera les différents traitements possibles avec leurs avantages et leurs inconvénients, sera tolérant et à l'écoute de son avis.

L'issue de l'entretien ne dépend pas seulement de « l'annonce » à proprement parler. Il s'agit également de faire face à la réaction du malade. Je souhaiterais faire ici un lien avec le livre « S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades » (Buckmann, 1994). Il propose de suivre les six étapes suivantes :

1. Les préliminaires : l'entretien doit si possible se faire de vive-voix, dans un lieu tranquille. Le professionnel commence par s'informer de l'état général du patient. Il s'assure que le moment choisi est adéquat pour l'annonce qui va suivre.
2. Ce que sait déjà le patient : le professionnel le questionne sur l'idée qu'il se fait de son état de santé. En effet, à ce stade, le malade peut n'avoir aucune idée de la situation réelle. Il doit également être attentif à l'état émotionnel du patient et à son niveau d'éducation en fonction desquels il adaptera son langage et son comportement.
3. Ce que veut savoir le patient : il s'agit de savoir jusqu'où le professionnel peut aller dans la révélation des informations. Si le malade ne désire pas connaître la vérité, le médecin lui laissera la liberté de le faire ultérieurement. L'entretien se poursuivra tout de même.
4. Communication d'information : le professionnel doit garder à l'esprit les objectifs à atteindre en fin d'entretien. Il s'agit notamment d'aborder le diagnostic, les traitements, les pronostics et le soutien proposé, tout en respectant les interventions du patient. Il convient alors d'évaluer ce que le patient a compris de la situation et de faire les rectifications nécessaires. Pour ce faire, le professionnel doit utiliser un langage clair, répéter ou illustrer ses propos si besoin. Il doit également être attentif aux préoccupations du patient afin de les évoquer ultérieurement.
5. Réponse aux sentiments du patient : le professionnel étudie les comportements possibles du patient et la façon de procéder. S'il dépasse les limites de l'acceptable, il faut le lui faire remarquer calmement.
6. Propositions et suivi : le professionnel propose une marche à suivre. Il adopte une attitude convaincue et rassure le patient sur les compétences du personnel médical. Il identifie également les ressources personnelles du patient et les apports de personnes

externes au milieu médical. Si nécessaire, il convient de les aiguiller vers des organismes de soutien. Au final, l'entretien se termine par un récapitulatif des points importants et des préoccupations du malade. Le professionnel veille à ce que le patient ne se sente pas abandonné lorsqu'ils se quittent. Il lui fixe un nouveau rendez-vous ou lui fait part de sa disponibilité.

Lors d'une maladie grave comme le cancer, il arrive que quelques généralistes fuient certaines discussions. Ils répondent brièvement aux demandes des malades et les orientent vers des spécialistes pour plus d'informations. Ils craignent de soulever les angoisses des patients en abordant plus profondément certains sujets et restent donc en superficie au cours de leurs échanges. Ces médecins ne sont peut-être pas au clair eux-mêmes avec leurs propres émotions face à la maladie grave.

En effet, il doit être difficile d'être à l'écoute des patients sans trop s'investir et se laisser prendre soi-même par des propos angoissants. Si l'âge du patient correspond à celui du médecin et que ce dernier trouve des similarités dans leur caractère ou parcours de vie, il risque de se mettre plus facilement à la place du malade. Il doit alors faire attention de ne pas se laisser emporter par ses émotions.

Dans mon travail à la Ligue contre le cancer, j'ai dû être attentive à ces éléments. En effet, je risquais d'être particulièrement touchée par des jeunes de mon âge, frappés par le cancer. J'ai alors tenté de garder une distance nécessaire qui me permette de me protéger moi-même.

2.5 LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Depuis toujours, les mages et guérisseurs existent parallèlement aux médecins (Schraub, 1987). Ce n'est qu'au XX^e siècle que les médecines rationnelles et irrationnelles se séparent. La médecine devient une science et tous les traitements médicaux doivent être scientifiquement prouvés.

En 1997, 11,8% de la population suisse a eu recours à des thérapeutes de médecine complémentaire (Wietlisbach, Gurtner, 2002). Dans mon travail, j'ai donc choisi de m'y attarder, afin de prendre connaissance des possibilités existantes parallèlement aux traitements médicaux.

Pour cela, je commencerai par clarifier les termes utilisés dans la littérature autour des médecines non traditionnelles. Dans mon travail, j'ai par exemple choisi de parler de médecines « complémentaires » et non « alternatives ». Pour moi, la différence se situe dans le fait que les thérapies complémentaires sont utilisées en combinaison avec la médecine traditionnelle contrairement aux thérapies alternatives, utilisées en lieu et place de la médecine traditionnelle. Pour mes entretiens, je souhaite en effet interroger des patients n'ayant pas abandonné la médecine traditionnelle.

Lorsque l'on parle de médecines « douces ou naturelles », on exclue l'utilisation de produits pharmaceutiques. Elles s'appuient en effet sur l'utilisation de moyens naturels (plante, jeûne, massage, hygiène de vie, alimentation saine, etc.)⁵. Dans certains cas, le terme de médecines douces est mieux adapté. Je pense par exemple à l'acupuncture qui n'est pas toujours agréable.

Selon l'Office fédéral de la santé publique : « Plus de 3000 médecins, quelque 20 000 thérapeutes non médecins et 15 % des hôpitaux offrent à l'heure actuelle plus de 200 méthodes des médecines complémentaires en Suisse »⁶.

Dans les assurances complémentaires, les caisses maladies proposent le remboursement de toute une gamme de médecines complémentaires.

Pour ma part, je m'inspirerai de l'auteur Thierry Janssen (2006), en les classant dans les cinq groupes suivants :

- Les approches complémentaires fondées sur une philosophie propre

Elles existaient déjà bien avant la médecine traditionnelle. On y retrouve la médecine chinoise, l'homéopathie, la naturopathie, l'Ayurveda, etc.

- Les thérapies biologiques

Elles font appel aux vitamines, compléments alimentaires ou autres substances naturelles. La phytothérapie et les extraits de plantes en font partie.

- La médecine corps-esprit

Elle regroupe les approches travaillant autour de l'influence de l'esprit sur le corps. Elle regroupe l'art-thérapie, la méditation, l'hypnose, etc.

- Les méthodes centrées sur le corps

Elles manipulent et détendent le corps par le massage ou l'ostéopathie notamment.

⁵ Annuaire professionnel des praticiens et thérapeutes. *Les médecines douces* [en ligne]. 2007. Adresse URL : <http://www.medecines-douces-naturelles.com> (consultée le 19 octobre 2008)

⁶ Confédération suisse. *Médecines complémentaires : le Conseil fédéral rejette l'initiative populaire « Oui aux médecines complémentaires »* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=6857> (consultée le 12 juillet 2008)

- Les thérapies énergétiques

Elles agissent sur les champs bioélectromagnétiques. On y retrouve le reiki, le toucher thérapeutique ou le quigong.

En considérant l'état psychologique des malades, j'imagine qu'ils doivent être habités par un sentiment d'espoir continu. Ils rêvent d'un miracle et je n'ai donc aucune peine à croire que beaucoup de patients aient recours à ces autres types de médecine. Souvent les médecins ne se fient qu'aux traitements médicaux traditionnels et présentent la guérison du cancer sous un aspect purement scientifique. Les spécialistes en médecines complémentaires accordent par contre plus d'importance aux ressources du patient. Ils proposent d'autres pistes vers la guérison, ce qui a comme effet de redonner espoir aux malades et de les rassurer.

Je me questionne alors sur l'existence de charlatans proposant des traitements inefficaces, dans la seule intention de faire du profit.

Dans mon travail, j'ai choisi de m'attarder plus particulièrement sur la catégorie regroupant les approches corps-esprit.

Notre corps a la capacité de faire ressortir les émotions enfouies dans l'inconscient. Il traduit notre état psychique et physique. Par le biais des thérapies psychocorporelles, les thérapeutes tentent donc de travailler sur des éléments que le client dissimule ou ne connaît peut-être pas de lui-même. En effet, nous disposons d'une mémoire cellulaire. Cette thérapie ne permet pas seulement de trouver les causes de nos problèmes et de travailler dessus. Elle permet également de mettre un mot sur notre ressenti.

Les valeurs, croyances et les peurs de chacun sont réévaluées afin de comprendre ce qui empêche la personne d'être bien avec elle-même. Cette dernière doit alors chercher à effectuer les changements nécessaires à son épanouissement. Plusieurs outils sont utilisés pour ce faire, notamment l'expression corporelle, l'art-thérapie, les techniques de relaxation ou l'écriture.

2.6 LES APPROCHES CORPS-ESPRIT

Elles travaillent à la fois l'aspect physique, mental, émotionnel et spirituel. Suite à différentes expertises, bon nombre de médecines complémentaires ont été jugées inefficaces. Parmi elles, tout ce qui tourne autour des forces et défenses psychologiques n'a cependant pas pu être contredit. En effet, elles restent difficiles à analyser. De nombreuses études que j'exposerai dans mon travail se sont pourtant révélées positives en ce qui concerne l'importance et l'influence des facteurs psychiques (Schraub, 1987).

Lorsque le malade fait appel à ce type d'approches parallèlement aux traitements traditionnels, il cherche à développer ses ressources d'auto guérison. Là, à nouveau, les psychologues et les biologistes s'opposent souvent. En effet, ces derniers exposent uniquement le cancer sous ses aspects cellulaires, sans tenir compte de l'influence du psychisme.

Les techniques de relaxation sont un des exemples types à travers lesquels la personne est active. En effet, elle doit se concentrer afin de ne plus effectuer de mouvements physiques ni aucun effort psychologique.

Toutes les formes de relaxation utilisées dans les traitements alliant le corps et l'esprit tirent leur origine de l'hypnose. Cette première technique réunissant le psychisme et le corps est née au cours du XVIII^e siècle. Suscitant des avis controversés, ses bienfaits ont toutefois été confirmés par des scientifiques dans le courant du XX^e siècle. Durant les séances, le patient qui se retrouve dans un état à mi-chemin entre le réveil et le sommeil peut développer ses ressources d'auto-guérison.

Afin d'étayer mes propos, je présenterai ci-dessous les principales thérapies que je classerai dans les approches corps-esprit :

➤ **La thérapie bioénergétique**

Le thérapeute décrypte des données grâce au physique de la personne et à sa façon de se tenir, de s'exprimer (Janssen, 2006). Notre caractère et notre musculature sont liés. En effet, dès notre enfance, certaines émotions ou expériences douloureuses enfouies sur une longue période peuvent provoquer des tensions. Nous développons alors une carapace sur le plan physique pour pallier à la souffrance psychique, ce qui entraîne une diminution d'énergie. Au cours des années, nous adoptons alors un comportement généralement inconscient qui traduit certaines informations. Le professionnel travaille sur l'expression corporelle notamment par le biais de postures, mouvements ou massages. L'objectif consiste à permettre à l'énergie de circuler normalement.

➤ **La gestalt thérapie**

Cette thérapie tient compte de l'être dans sa globalité (sa vie, son passé, le psychisme, le corps, etc.). Pour certaines personnes, un ou plusieurs événements de la vie prennent une ampleur si grande qu'elles n'arrivent plus à en faire abstraction⁷. Elles prennent alors toutes leurs pensées. Le client travaille sur ces éléments pas tellement pour trouver l'origine du problème, mais surtout pour se découvrir et comprendre son fonctionnement. L'objectif de cette thérapie est de développer des stratégies, trouver des solutions pour chaque situation différente. Le dialogue est très important. Le professionnel travaille souvent sur des mises

⁷ Psychologies. *Tout sur les thérapies* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.psychologies.com/tout-sur-les-therapies.cfm/methodes/44/index.cfm> (consultée le 21 juin 2008)

en situation, le but étant de repérer ses difficultés et de les surmonter. Il analyse les gestes inconscients du client et l'encourage à exprimer ses différentes facettes.

➤ ***L'analyse psycho-organique***

Elle travaille sur l'inconscient par le biais de la dimension corporelle et psychique. En effet, toutes nos pensées sont stockées et laissent une empreinte sous forme physique et psychique. L'objectif de cette thérapie est de libérer l'individu de ses blocages internes et de réconcilier ainsi le conscient de l'inconscient. Elle tente d'identifier les pensées qui agissent de façon négative sur la personne et son entourage. Durant les séances, le thérapeute veille à assurer un maximum de confort pour son client. Les outils principaux utilisés sont notamment la parole, l'analyse des rêves, le travail corporel, la respiration et la créativité⁸.

➤ ***L'hypnose***

L'individu se trouve dans un état de relaxation profonde. On y accède spontanément durant la journée, lorsque nous lisons ou rêvassons, sans voir le temps passer. Le client qui se trouve dans un état à mi-chemin entre la veille et le sommeil, se plonge dans son inconscient et tente de résoudre ses problèmes. Il est guidé par un thérapeute et peut décider d'interrompre la séance à tout moment.

Cet outil donne la possibilité au client de mobiliser ses ressources afin de diminuer la douleur et l'anxiété notamment.

➤ ***La sophrologie***

Il s'agit d'une technique de relaxation. En effet, les participants peuvent effectuer quelques exercices puis se relaxer par la suite. Les principaux outils employés sont la concentration, la respiration, la relaxation, la visualisation et l'imagerie mentale. L'important n'est donc pas la détente des muscles mais la concentration sur le moment présent (Postel, 2008). Allongés ou debout, les personnes se détendent physiquement grâce au relâchement musculaire et à la respiration abdominale.

Durant les séances de visualisation, la personne qui relaxe son corps dans un premier temps, cherche à travailler plus particulièrement sur son aspect mental. Il se concentre sur quelque chose de précis, une image, un son, une situation.

S'il s'agit d'une situation qui pose problème, la personne se représente le lieu et tous les détails du contexte. Elle s'imagine alors surmontant la difficulté. A force de labeur, elle aura de grandes chances de surmonter effectivement la situation dans la réalité. Ainsi, elle tente de développer un esprit plus positif qui peut être très utile pour faire face à tous les échecs et événements difficiles de la vie quotidienne.

Au cours d'une imagerie mentale, la personne fait surgir mentalement les soucis ou les angoisses enfouis dans son inconscient. L'intelligence de son inconscient permet à l'individu de trouver des explications à ses problèmes, de savoir ce qui est bon pour lui. L'exercice se fait souvent avec un thérapeute qui aide l'individu à décoder les images qui se présentent à lui.

⁸ Passeportsanté. *Analyse psycho-organique* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/> (consultée le 21 juin 2008)

➤ **Le yoga**

Cette technique s'effectue souvent en groupe. Elle permet la détente musculaire et mentale à l'aide de différentes postures et exercices de respiration. Les postures ont un effet bénéfique sur tous les organes, sur le système digestif et la circulation sanguine⁹. Elles développent la concentration et la persévérance. Un corps sain entraîne un mieux-être au niveau mental et spirituel.

➤ **L'art-thérapie**

Elle permet aux personnes de donner libre cours à leur expression en stimulant leurs facultés créatrices. Il s'agit d'exprimer ses émotions à travers la peinture, la sculpture, la danse, la musique ou le théâtre. Dans la peinture ou le dessin, le résultat compte peu. Il s'agit simplement de laisser libre cours à son imagination. Elles sont donc particulièrement adaptées aux personnes ayant une grande difficulté à verbaliser leurs sentiments. Dans la musicothérapie active, le thérapeute et l'individu jouent ensemble à l'aide de percussions, ou instruments divers. Ils tentent ensuite de traduire les gestes et les rythmes joués par des mots. Dans la musicothérapie réceptive, l'individu écoute une musique qu'il peut lui-même amener. Il explique ensuite les souvenirs et les émotions qui en ont émergé.

➤ **La kinésiologie**

Le thérapeute va utiliser la musculature de son client comme outil. En effet, le corps est détenteur d'une mémoire cellulaire que le professionnel va interroger. Ainsi, il va faire surgir des émotions enfouies sur lesquelles il va travailler. Il a en quelque sorte accès à une cartographie de notre corps dévoilant les blocages énergétiques qui empêchent l'énergie de circuler correctement. Cette méthode pourrait très bien se retrouver dans la catégorie des thérapies énergétiques¹⁰.

➤ **Le biofeedback**

Cette technique utilise des instruments électroniques (Simonton, 1982). Ces derniers retranscrivent les mécanismes physiologiques qui ont lieu dans le corps de l'individu, sous forme de sons ou effets visuels. Ainsi, le patient connaît l'intensité de son activité cardiaque ou encore la température de son corps. En suivant les conseils d'un thérapeute, le patient cherche alors le moyen de modifier certains effets physiologiques. Grâce aux machines, il testera différentes postures, respirations ou pensées et leur effet sur le corps. Il devra trouver par lui-même la manière de se détendre et pourra par la suite effectuer cet exercice seul chez lui.

Ce système thérapeutique permet notamment de réduire l'insomnie, le stress ou soulager les douleurs.

⁹ Quelpsy. *Les thérapies : 61 méthodes à découvrir* [en ligne]. 2007. Adresse URL : <http://quelpsy.psychologies.com/therapies.cfm> (consultée le 21 juin 2008)

¹⁰ Cabinet de thérapies psychocorporelles. *Kinésiologie* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://mutherapie.chez-alice.fr/kinesiologie.htm> (consultée le 21 juin 2008)

2.7 LES ÉTUDES ATTESTANT LE BÉNÉFICE DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

➤ **L'hypnose**

Une étude américaine dévoile l'effet bénéfique de l'hypnose pour les femmes atteintes d'un cancer aux seins¹¹. En effet, le temps d'opération serait plus court. De plus, elles jouiraient également d'une meilleure qualité de vie. Les effets secondaires et les perturbations psychologiques seraient moins importants. Deux cents femmes ont participé à une séance d'hypnose. Le thérapeute les a aidées à se détendre. Il leur a ensuite parlé de l'opération et de la convalescence, en mentionnant les maux possibles et la force existante pour les surmonter.

Ces patientes ont connu moins de douleurs. Elles sont restées moins longtemps à l'hôpital, ce qui entraîne une diminution des coûts par personne malade. Un oncologue spécialisé de l'établissement soulève toutefois le riche parcours des thérapeutes sélectionnés. Des professionnels autant compétents ne sont malheureusement pas très répandus.

En 1983 déjà, Bernauer Newton étudiait l'impact de dix heures d'hypnose suivies par cent cinq personnes¹². Une diminution des nausées, douleurs et autres effets secondaires principaux a été constatée. De plus, leur durée de survie serait trois fois plus élevée que la moyenne nationale. Selon Newton, le but de ces séances serait de redonner confiance aux personnes malades et de développer un état d'esprit positif pour leur état de santé. Il convient toutefois de préciser que pour cette étude, les personnes n'ont pas été tirées au sort mais sélectionnées à partir d'une moyenne nationale. D'un point de vue scientifique, il s'agit là d'une limite méthodologique importante, l'échantillon n'étant pas représentatif.

En 1988, le Dr Gruber mène une étude selon des outils méthodologiques de meilleure qualité¹³. Il s'agit de tester une méthode de visualisation très proche de la méthode Simonton. Les personnes malades imaginent leur système immunitaire luttant contre les cellules cancéreuses. A ce propos, une augmentation d'anticorps a été notifiée. De plus, les personnes semblent plus désireuses de lutter contre la maladie.

➤ **La thérapie d'expression et de soutien**

David Spiegel, psychiatre et professeur à l'Ecole de médecine de l'Université de Californie, s'est penché sur le lien entre les émotions et le développement d'un cancer du sein¹³. Selon lui, la thérapie de groupe permet d'évacuer le stress et d'améliorer la qualité de vie. L'annonce du diagnostic est un choc pour les patients, il s'agit alors de travailler sur leur blessure psychique.

Pour les besoins de l'étude, quatre-vingt-six personnes atteintes de métastases aux seins sont séparées en deux groupes. Durant une année, cinquante d'entre elles suivent une thérapie de groupe et s'entraînent à l'auto-hypnose. Au final, ces personnes ont deux fois

¹¹ SantéOntario. *L'hypnose avant l'opération du cancer du sein peut diminuer les douleurs subséquentes, révèle une étude* [en ligne]. Adresse URL : http://www.santeontario.com/NewsItemDetails.aspx?newsitem_id=36597022 (consultée le 5 octobre 2008)

¹² Agir pour sa santé. *Les effets de l'hypnose et de la thérapie de groupe sur la durée de la survie de personnes atteintes de cancer* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://agirpoursasante.free.fr/livre/chap26.html> (consultée le 12 septembre 2008)

¹³ Robitaille A. Cancer du sein : comme si le corps était victime d'un attentat. *IForum* [en ligne]. 2003, vol. 38, no 13. Adresse URL : <http://www.iforum.umontreal.ca/Forum/ArchivesForum/2003-2004/031124/article2960.htm> (consultée le 3 août 2008)

moins de douleurs. De plus, elles ont moins d'angoisses et gèrent mieux leurs émotions. Enfin, leur durée de vie se voit presque doublée.

La moitié des études ultérieures à ce sujet ont effectivement indiqué un lien direct entre ces thérapies et une prolongation de la vie. L'autre moitié conteste l'augmentation de l'espérance de vie mais confirme une amélioration du bien-être physique et psychique. En participant à ce groupe de soutien, les participantes prennent conscience qu'elles ne sont pas seules à affronter la maladie. Elles partagent leurs craintes, fixent des priorités, améliorent le contact avec leur entourage. Le docteur pense qu'il n'est pas bénéfique de contenir ses émotions. Il encourage les malades à s'intéresser à un art approprié. Celui-ci peut en effet constituer un bon défouloir et moyen d'expression.

➤ **L'art-thérapie**

En mars 2006, l'hôpital de Chicago publie une étude qui démontre une amélioration de la qualité de vie chez les personnes s'adonnant à l'art-thérapie¹⁴. Cinquante patients atteints d'un cancer depuis deux ou trois ans ont été sélectionnés. Le but était d'évaluer l'impact d'une séance d'art-thérapie sur des effets secondaires sélectionnés par les chercheurs, dont la nausée, la douleur et la fatigue. Au final, une nette amélioration a été constatée sur huit des neuf symptômes. La nausée reste le seul point inchangé.

Il convient cependant de rester prudent vis-à-vis de cette étude. En effet, elle ne prévoit pas de groupe témoin chargé de repérer d'autres facteurs pouvant influencer le résultat.

Le Dr Paice de l'hôpital de Chicago estime que l'art-thérapie peut constituer une alternative intéressante à une psychothérapie traditionnelle. En effet, les personnes moins à l'aise dans l'expression verbale peuvent ressortir leurs émotions à travers une autre méthode. Ces séances leur permettent de se concentrer sur quelque chose de positif. Il s'agit d'une activité dont ils ont le contrôle, qui est individualisé selon les intérêts de chacun.

¹⁴ Northwestern memorial hospital. *Art Therapy Can Reduce Pain and Anxiety in Cancer Patients* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.nmh.org/nmh/mediarelations/mediaoutputs.htm?cid=682>

2.8 LA MÉTHODE SIMONTON, UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PERSONNE

Parmi les différentes approches autour de la force de l'esprit, j'ai choisi de m'attarder sur la méthode Simonton, dont le centre suisse se trouve à Lausanne.

Cette méthode s'intéresse à l'être humain dans sa globalité, elle tient compte de l'aspect physique, psychique et spirituel. Elle est utilisée auprès de personnes atteintes d'un cancer ou d'une maladie grave¹⁵.

Elle prend naissance dans les années 70, grâce au docteur et radiologue américain Carl Simonton, qui se penche sur l'importance du psychisme dans le combat de la maladie. Il constate que pour des patients recevant le même diagnostic, l'issue de la maladie est différente. Selon lui, les personnes ayant une raison solide de ne pas partir réussissent peut-être à prolonger leur vie. Il les perçoit comme des battants et pense que la clé réside dans la volonté de lutter.

De 1971 à 1978, il réalise une étude auprès de plus de 150 personnes atteintes d'un cancer. Au final, on constate une amélioration de la qualité de vie et une survie deux fois plus longue chez les personnes travaillant leur gestion du stress et des émotions à travers un soutien psychologique.

Cette méthode comprend des séances de visualisation proposées dans le but d'identifier les peurs vécues ou les croyances négatives et de leur donner une issue positive. Elles durent environ cinq minutes et se déroulent de la manière suivante : dans un premier temps, la personne se relaxe. Elle cherche alors un souvenir agréable et s'imagine le vivre tout au long de la séance. Elle choisit ensuite un symbole représentant la maladie et un autre pour le combat de notre système immunitaire. A ce propos, il s'agit de banaliser la force et le caractère dangereux du cancer. Il est donc préférable de se le représenter de petite taille et de ne pas l'associer à un animal nuisible. Le but de cette étape est de s'imaginer avoir des défenses suffisamment solides pour vaincre la maladie. Suite à cela, la personne s'imagine vivre un événement agréable futur. Pour finir, il s'agit de remercier son corps et de se remercier soi-même d'avoir participé à cette séance (Simonton, Creighton, 1982).

Pour les thérapeutes Simonton, il est important que le patient trouve l'élément à l'origine de la maladie (état de choc, séparation, etc.). Ainsi, celui-ci acceptera mieux sa maladie. De plus, à partir du moment où le patient décide d'être actif dans sa guérison, son psychisme s'en trouve renforcé et sa santé meilleure. Enfin, il pense que l'efficacité d'un traitement dépend également de la confiance que la personne lui porte.

A ce propos, les études autour du biofeedback et de l'effet placebo permettent de ne plus considérer le corps comme un simple objet. Nous avons la faculté de contrôler certains états physiques internes à notre corps.

¹⁵ Simonton Cancer Center. *Présentation du Dr Simonton* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.simonton.ch> (consultée le 10 novembre 2007)

3. Les hypothèses de recherche

Mon cadre théorique m'a permis de définir les quatre hypothèses de recherche suivantes, en lien avec ma question de départ :

- A.** Le manque ou la mauvaise communication avec les médecins traditionnels pousse les malades à se tourner vers des médecines complémentaires.
- B.** Plus le patient a recours à des approches complémentaires, plus il améliore sa qualité de vie durant la maladie.
- C.** Plus le patient a recours à des approches complémentaires, plus son espoir de combattre la maladie augmente.
- D.** Plus le patient est actif et mobilise ses ressources psychiques et émotives, plus il a l'impression d'avoir mis toutes les chances de son côté en vue d'une guérison.

Mes quatre hypothèses me permettront de définir toute une série d'indicateurs au moment de construire mon guide d'entretien pour aborder le terrain.

B. POLE METHODOLOGIQUE

4. Méthodologie de l'enquête de terrain

D'un point de vue méthodologique, j'ai tout d'abord mis au point le cadre théorique et les hypothèses de travail qui en découlent. Ce premier travail m'a servi à construire le point de vue à partir duquel le terrain sera observé. Cette étape est primordiale, car elle m'a permis de souligner l'influence que les malades peuvent avoir sur le déroulement du cancer. En effet, certaines approches complémentaires proposent de mobiliser les ressources du malade afin d'améliorer leur qualité de vie durant la maladie.

A ce propos, je souhaitais tout d'abord me concentrer sur les traitements complémentaires existants en Valais. Suite à la conférence du Dr Marc Schlaeppli (2008), chef de clinique à l'hôpital de St-Gall, j'ai finalement décidé de les répertorier sur toute la Suisse. En effet, les autres cantons regorgent de centres très fréquentés proposant des thérapies complémentaires. Je pense notamment au centre anthroposophique à Arlesheim. J'ai ensuite trié et rassemblé les thérapies complémentaires dans différentes catégories, en choisissant de m'attarder plus particulièrement sur les médecines corps-esprit.

La construction de mon cadre théorique m'a permis de délimiter la problématique de ma recherche, qui visera à évaluer la satisfaction des malades ayant recours aux approches complémentaires d'une part, et d'autre part, la raison pour laquelle ils se sont tournés vers elles. C'est ainsi que j'ai élaboré mes quatre hypothèses de recherche.

Dans un deuxième temps, j'ai pu aborder le terrain à proprement parler. Pour cela, j'ai opté pour une technique de récolte de données qualitatives : l'entretien semi-directif. Cela va me permettre de mettre en lumière la perception qu'ont les différentes personnes interrogées des approches complémentaires, ainsi que du rôle de ces méthodes dans le traitement de la maladie. La démarche de recherche que j'ai choisie se veut donc résolument qualitative, et nul doute que les données récoltées lors de ces entretiens vont permettre d'affirmer ou d'infirmer mes hypothèses de départ.

4.1 ASPECTS ÉTHIQUES

Afin d'utiliser la Ligue valaisanne contre le cancer comme porte d'entrée pour mon travail, il m'a fallu demander l'autorisation de son directeur, M. Zenhäusern. Dans un premier temps, j'ai donc pensé lui écrire une lettre en lui expliquant mes intentions. Finalement, je lui ai transmis une version papier de mon projet de mémoire afin qu'il ait un aperçu plus complet de la procédure que je désirais suivre.

L'autorisation permettant d'accéder aux noms des personnes ayant combattu un cancer n'est pas facilement accordée à tout le monde. C'est pourquoi je tenais à procéder de façon professionnelle, en soulignant l'importance de préserver une confidentialité vis-à-vis des personnes choisies pour mon enquête. A ce propos, ma position de stagiaire assistante social à la Ligue valaisanne contre le cancer m'a facilité les démarches à entreprendre. Je partageais quotidiennement le vécu des malades et me sentais plus à l'aise pour contacter les personnes à interroger.

Dans l'élaboration de mon questionnaire, j'ai dû veiller à ne pas utiliser un vocabulaire maladroit ou inadapté face aux douloureux moments vécus durant le traitement du cancer. En effet, je dois toujours me rappeler que les personnes questionnées sont des anciens malades. Certaines questions peuvent faire émerger des souvenirs qu'ils ne désirent pas forcément se remémorer. Ces personnes ont dû se battre et emprunter un chemin long et difficile pour arriver à la guérison.

Il fut également important de bien informer les personnes sur le but de mon enquête. Je leur ai fait comprendre qu'à travers mon travail, je souhaitais souligner les bienfaits des médecines complémentaires et leur importance pour le patient dans le déroulement de la maladie. En effet, certains malades en traitement contre le cancer se questionnent peut-être sur le bienfait des thérapies complémentaires. D'autres ne savent peut-être pas laquelle pourrait correspondre à leurs besoins.

Ayant choisi d'axer mon travail autour de la médecine corps-esprit, je pense également nécessaire de préciser que je ne banalise pas pour autant les autres méthodes. En effet, je crois fortement au bienfait de tous les types d'approches, pour autant qu'elles correspondent aux attentes et besoins du patient. J'ai d'ailleurs interrogé des personnes ayant eu recours à d'autres catégories de thérapies complémentaires. A partir du moment où le patient décide de ne plus seulement subir les traitements traditionnels mais de chercher d'autres appuis, je pense que son état d'esprit s'en trouve automatiquement renforcé. Il dispose déjà d'une arme supplémentaire pour lutter contre la maladie.

De plus, je ne cherche pas à mettre en doute l'efficacité de la médecine traditionnelle. Tout comme la grande majorité des thérapeutes en médecines complémentaires, j'estime que les patients doivent y avoir recours parallèlement aux traitements traditionnels.

4.2 ECHANTILLONNAGE ET ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

J'ai choisi, pour ma recherche, de mener des entretiens semi-directifs d'environ une heure et demie¹⁶. Le but de cette approche qualitative est de dégager les visions que se font les malades que je vais interroger sur le rôle des approches complémentaires dans le traitement du cancer.

➤ *Le choix des personnes à interroger*

J'ai dû, dans un premier temps, identifier un échantillon de personnes ayant eu recours aux médecines complémentaires sélectionnées et cela, dans le canton du Valais. Pour ce faire, mon stage à la Ligue valaisanne contre le cancer a facilité la récolte des informations nécessaires. Les personnes identifiées n'étant de loin pas suffisamment nombreuses pour une enquête de type quantitatif (questionnaire), j'ai donc choisi de privilégier une enquête qualitative, en sélectionnant un plus petit échantillon, avec lequel je mènerai des entretiens plus approfondis.

En effet, au commencement de mon stage, je me suis vite aperçue que les personnes s'adressant à la Ligue contre le cancer étaient plutôt défavorisées. L'institution propose un soutien psychologique mais aussi financier. Un budget est établi afin de déterminer si la personne est vraiment dans le besoin et si une aide financière doit lui être accordée. Les personnes s'adressant à la Ligue disposent généralement d'un revenu modeste. Aussi, elles sont peu nombreuses à pouvoir se tourner vers des médecines complémentaires. Si certaines d'entre elles sont prises en charge par la caisse maladie, encore faut-il que la personne dispose d'une assurance complémentaire. Le faible échantillon de personnes disponibles pour mon étude de terrain en Valais ne m'a ainsi laissé d'autre alternative que d'étendre mes recherches à la Suisse Romande.

J'ai réalisé, en parallèle, quelques entretiens auprès de professionnelles ayant recours à une des approches complémentaires sélectionnées, comme par exemple Mme Guillemain, oncologue à Monthey et Mme Nyffeler, ergothérapeute avec « approche participative ». Après avoir répondu à mes questions sur l'origine de leur intérêt pour la méthode choisie, le réseau avec lequel elles ont l'habitude de collaborer et les résultats concrets de ces approches auprès de malades du cancer, ces professionnelles m'ont donné le nom de quelques personnes correspondant à mes critères pour les entretiens.

Dans la mesure du possible, j'aurais souhaité que les entretiens soient menés auprès de personnes ayant utilisé les médecines complémentaires certes, mais également auprès de celles ayant eu uniquement recours à la médecine traditionnelle. Le but aurait été de comparer comment ces catégories ont vécu la maladie à l'aide de différents facteurs comme leur état d'esprit ou la relation qu'ils entretenaient avec leur entourage. Mes questions étant centrées autour des méthodes complémentaires, je me suis toutefois aperçue qu'il était plus intéressant d'interroger les patients y ayant eu recours. De plus, je trouvais le nombre de dix entretiens insuffisants pour une comparaison de qualité permettant des conclusions satisfaisantes.

Au final, j'ai donc décidé d'interroger trois catégories de personnes distinctes : celles ayant utilisé les deux méthodes en complémentarité, celles n'ayant utilisé que la médecine traditionnelle et celles ayant au contraire eu recours aux thérapies complémentaires. Sur les dix entretiens que j'ai obtenus pour mon enquête de terrain, huit patients ont utilisé les deux sortes de traitements, un a eu uniquement recours aux thérapies complémentaires et un n'a souhaité utiliser que les traitements traditionnels.

¹⁶ **Annexe 10.2** : Guide d'entretien

➤ **L'entretien semi-directif**

La technique des entretiens semi-directifs a l'avantage de donner à l'interlocuteur un cadre précis pour ses réponses, tout en laissant à la personne interrogée une certaine liberté pour développer sa pensée. Ces aspects permettent d'avoir une bonne vision de la perception des malades, mais également d'évaluer plus précisément mes différentes variables. Je peux ainsi obtenir des réponses plus approfondies que par l'intermédiaire d'un entretien directif tout en restant dans le cadre des dimensions contenues dans mes hypothèses. Lorsque je le trouve pertinent, j'ai ainsi la possibilité, par cette méthode, de relancer les personnes interrogées, ou de leur laisser développer ou approfondir des aspects qui me sembleront importants. Lors de l'analyse, il me sera également possible d'insister sur certaines thématiques qu'une enquête par questionnaire, par exemple, n'aurait pas pu aborder.

Pour ce faire, j'ai adopté un guide d'entretien comprenant quatre grands thèmes¹⁷. Le premier thème traite de la communication entre les médecins traditionnels et les malades. Le but est de comprendre si la relation avec l'oncologue joue un rôle dans la décision du patient de se tourner vers des médecines complémentaires. Le deuxième concerne la qualité de vie du patient qui se tourne vers des approches complémentaires (troubles psychiques, physiques, vie sociale, etc.). L'espoir de combattre la maladie constitue le troisième thème du guide d'entretien : quelle est la vision de l'avenir du patient, sa confiance dans les traitements traditionnels, ainsi que son espoir de guérison. Le quatrième et dernier thème abordé dans le guide d'entretien concerne directement la mobilisation des ressources psychiques et émotives du patient. Cela servira à comprendre si la personne interrogée a l'impression d'avoir mis tous les atouts de son côté dans le processus de guérison. J'ai prévu, pour chacun de ces quatre thèmes, un certain nombre de concepts qui devront être traités par l'interviewé. Ces concepts ont été retranscrits sous la forme de petites questions. J'espère ainsi récolter des données originales sur le rôle des médecines complémentaires et sur la participation du malade dans le traitement du cancer.

Je pratiquerai ces entretiens de manière individuelle, face à mon interlocuteur. Afin d'optimiser la récolte de données et de rendre l'entrevue plus dynamique, j'aurai l'appui d'un enregistreur. Cela permet d'une part d'éviter que des éléments importants m'échappent lors de l'entretien, mais également de pouvoir relancer immédiatement la discussion si nécessaire. Par ce biais, la personne interrogée peut librement s'exprimer sans devoir s'interrompre régulièrement. La retranscription par écrit se fera a posteriori, grâce à l'écoute des bandes enregistrées.

¹⁷ **Annexe 10.2** : Guide d'entretien

4.3 PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES RÉCOLTÉES

Une fois les dix entretiens terminés, je les ai donc retranscrits mot à mot grâce à l'écoute attentive des enregistrements réalisés. Concernant l'analyse à proprement parler, j'ai opté pour une technique d'analyse thématique.

La base de mon analyse de terrain est ma grille d'entretien. Elle se divise en une série de questions qui correspondent aux thématiques principales de mon travail. J'ai commencé par reprendre mes entretiens un à un, et à ressortir de chacun les éléments qui me semblaient utiles pour la vérification de mes hypothèses. Je les ai ensuite classés à l'intérieur des différentes thématiques (attente envers l'oncologue, troubles physiques, troubles psychiques, vie familiale, etc.). Pour plus de clarté, j'ai ajouté le numéro des lignes servant de référence, afin de pouvoir retrouver facilement les propos détaillés de chaque patient.

Dans un deuxième temps, j'ai ensuite regroupé les informations recueillies, par hypothèses. Cette étape me permet de comparer plus spécifiquement les propos des dix personnes en lien direct avec mes questions de départ. Partant de là, j'ai mis en évidence les éléments qui ressortent clairement chez la majorité des personnes interrogées. Cela m'a permis de les quantifier sous forme de pourcentage.

Suite à cela, j'ai mis en texte les idées majoritaires ainsi que les remarques intéressantes en rapport avec ma théorie. J'ai illustré le tout à l'aide de propos issus des entretiens, de manière à enrichir mon analyse thématique (chapitre 6).

Finalement, cette dernière étape m'a permis de vérifier mes hypothèses de départ, c'est-à-dire de les confirmer ou de les infirmer (chapitre 7).

4.4 LIMITES ET BIAIS RELATIFS À CETTE TECHNIQUE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

La limite la plus importante concerne la quantité des données récoltées par la méthode d'enquête choisie. L'échantillon relativement faible de dix personnes ne permet pas de généraliser mes conclusions à l'ensemble des patients romands. Cette recherche visait principalement la qualité des éléments récoltés plutôt que la quantité (dans ce dernier cas, une enquête par questionnaire aurait été plus judicieuse). De plus, il y a une surreprésentation de malades ayant eu recours aux approches complémentaires dans l'échantillon choisi, ce qui peut impliquer des résultats quelque peu biaisés. On ne peut dès lors pas être certain que des répondants n'ayant pas utilisé de méthodes complémentaires pensent de la même manière que l'échantillon que j'ai interrogé. Mes résultats ne sont donc pas complètement représentatifs de l'ensemble des malades en Romandie.

Par conséquent, j'aimerais rendre attentif le lecteur au fait qu'il faille prendre avec précaution les résultats de cette recherche. Ces derniers ne peuvent absolument pas être généralisés à l'ensemble de la population mère, soit les malades atteints de cancer en Suisse romande. Mes résultats sont donc à concevoir comme une première ébauche de réponse à cette question, et d'autres recherches doivent être encore entreprises pour valider, invalider ou compléter les conclusions de mon travail.

Un autre biais que j'aimerais relever concerne plus particulièrement mon statut d'assistante sociale à la Ligue valaisanne contre le cancer. Les oncologues cités lors des entretiens faisaient partie de mon réseau professionnel. J'ai donc parfois ressenti une certaine retenue de la part des patients interrogés vis-à-vis de ces médecins. Cela peut impliquer des commentaires moins tranchés, voire un manque de propos « négatifs ».

C. ANALYSE DE TERRAIN

6. Analyse des entretiens

Selon les étapes mentionnées dans ma méthodologie, le paragraphe suivant concerne l'analyse des données issues de mes entretiens. Je présenterai ci-dessous les propos majoritaires que j'illustrerai par certaines citations. Avant cela, je souhaite toutefois amener quelques précisions quant à l'échantillon de personnes interrogées.

Leur âge se situe approximativement entre 45 et 55 ans et neuf d'entre elles sont des femmes.

En ce qui concerne le type de cancer, sept personnes ont été atteintes d'un cancer aux seins, une au poumon, une au foie et une à la tête. Pour deux d'entre elles, il y a eu une récurrence et pour deux autres, il y a eu une récurrence.

Je préciserai également que deux personnes étaient encore en traitement lors de notre entretien.

6.1 LA COMMUNICATION AVEC L'ONCOLOGUE

Dans ce paragraphe, je traiterai de la manière dont les personnes ont vécu leur relation avec l'oncologue. J'aborderai notamment la nature, la fréquence et la richesse de leurs échanges, mais également les attentes du patient et sa participation dans la prise de décision.

Des relations très diversifiées

Pour diverses raisons, certains patients ont eu affaire à deux oncologues. Pour ces personnes, je prendrai donc en compte la relation qui s'est instaurée avec les deux professionnels. Au final, quatorze oncologues seront ainsi évalués.

Concernant les échanges avec l'oncologue, la moitié des patients expliquent avoir eu affaire à une personne à l'écoute des gens, qui se souciait également de leur état moral : « *Elle me demande comment ça va, comment je supporte mes nouvelles prothèses, comment je me sens, comment ça va le moral, enfin, toutes ces choses-là (N°6)* ». Ils parlent d'une bonne relation et certains soulignent même combien ils ont trouvé leur oncologue fantastique : « *C'est vraiment quelqu'un de formidable, impressionnant, parce qu'il a un boulot énorme et puis il vient vous voir quand vous faites vos chimios (N°7)* ». Ils relèvent également l'aide que cette rencontre leur a procurée : « *Je crois que si je l'avais pas rencontrée, je ne crois pas que j'en serais là (N°9)* ».

Ces personnes semblent en effet avoir expérimenté les joies d'une « bonne relation », puisque selon les informations données dans le point 2.4 de mon travail, l'écoute constitue bel et bien un critère important.

A côté de cela, l'autre moitié des personnes interrogées parlent d'échanges au niveau médical, plus superficiels : « *C'est technique, c'est médicaments : on a fait ci, ça ! Maintenant il faut faire le contrôle (N°8)* ».

Quelques personnes soulignent le manque de disponibilité et le stress de l'oncologue dû à son travail : « *C'est quelqu'un qui est un très très bon médecin mais qui n'a pas le temps. Il travaille dans différents hôpitaux... (N°1)* ». Un plus petit pourcentage trouve par contre leur oncologue très disponible : « *Il a toujours été très présent. Si j'avais des questions je pouvais l'appeler, aller le voir sans autre et il me recevait (N°7)* ».

A ce propos, l'oncologue et son client risquent de ne pas passer par toutes les étapes d'une relation médecin-malade. Le risque est alors qu'ils s'arrêtent à la relation d'entretien où l'oncologue se préoccupe de l'état général du patient mais n'a guère le temps de lui consacrer plus d'attention. Ils ne pourront alors peut-être jamais connaître les bénéfices d'une relation interpersonnelle subjective, dans laquelle les deux parties sont à l'écoute l'une de l'autre.

Concernant le vocabulaire utilisé et les informations reçues par l'oncologue, trois personnes disent avoir pu aborder clairement leur situation. Elles ont été informées sur le processus des traitements et les effets secondaires qui allaient en découler.

Ceci est important. En effet, je rappelle que dans une bonne communication, l'expression verbale est utilisée dans le but de faire passer un message clair au client. De plus, en prenant soin d'expliquer les choses au patient et de vérifier sa compréhension, le professionnel montre qu'il cherche à diminuer le flou et les interrogations provoquées par la maladie. Enfin, en transmettant les données, il encourage le principe de l'empowerment. Le malade acquiert bon nombre d'informations sur sa situation. Il est en mesure de donner son opinion. Son anxiété peut diminuer et entraîner des répercussions positives sur son état de santé.

Comme nous le constatons dans le paragraphe précédent, la relation avec l'oncologue décrite par les personnes varie énormément d'un entretien à l'autre. La moitié parle d'échanges au niveau médical uniquement, d'autres mentionnent le côté émotionnel. Certains trouvent l'oncologue disponible, d'autres pas. A ce propos, le type de relation dépend beaucoup de la façon dont le professionnel s'investit. Pour entretenir une bonne relation, l'oncologue doit prendre le temps de s'intéresser à la santé physique et psychique du patient. Il doit pouvoir renseigner le malade sur les questions qu'il se pose et réduire ses inquiétudes si celles-ci sont infondées.

Les attentes des patients

Un tiers des personnes interrogées n'ont pas d'attentes spéciales vis-à-vis de leur oncologue. Un autre tiers souhaite qu'il les renseigne le mieux possible sur le déroulement des traitements et leur efficacité : « *Des fois je me demande s'ils nous disent tout (rires). Par rapport à ce qu'ils nous mettent comme traitement. Ils ne nous en parlent pas. On essaie (N°9)* ». Enfin, pour deux personnes, c'est la guérison qui constitue la principale attente : « *Ben automatiquement, quand on va chez quelqu'un c'est que... J'attends qu'elle me trouve une solution pour... forcément hein... pour arriver à guérir (N°2)* ». Pour une personne, cela paraissait totalement évident : « *Ben la guérison tiens. Vous croyez quoi quand on a un cancer (N°4)* ». Je l'ai d'ailleurs presque sentie agacée par ma question et ai hésité à la reposer dans les entretiens suivants.

Comme je l'ai précisé dans mon cadre théorique, dans une bonne relation, le rôle du professionnel se situe avant tout dans l'accompagnement du patient. La guérison reste en effet une issue difficile à assurer. Nous constatons toutefois que les attentes de certains patients ne portent pas sur l'écoute et l'attention mais bel et bien sur la guérison. Ces attentes peuvent rendre la relation difficile, car l'oncologue dispose d'une palette d'outils, certes, mais pas de baguette magique.

Parmi les personnes qui visent la guérison avant tout, j'ai pu déceler certains éléments spécifiques. Aucun des deux malades concernés ne souligne par exemple le côté poison des traitements traditionnels. Ils se disent confiants et sont convaincus qu'ils stoppent le cancer. Je me demande alors s'ils y croient réellement ou s'ils s'y accrochent surtout pour leur côté rationnel et les preuves scientifiques de leur efficacité. De plus, ils ont peut-être moins de chance de se lancer sur une mauvaise voie. En effet, ils étaient plus sceptiques vis-à-vis des thérapies complémentaires dont les apports sont difficiles à mesurer.

Un deuxième point qui ressort de ces deux entretiens concerne la peur de la mort. Aucune des deux personnes ne dit avoir été angoissée à ce sujet, elles n'ont pas fait de lien. On peut penser qu'elles sont dans une attitude de déni. En effet, leur envie de guérir est si grande qu'elles n'envisagent aucune autre issue.

A ce propos, je crois important de préciser que les acteurs ayant un lien avec le domaine du cancer ne perçoivent pas la guérison de la même manière. Certains patients se sentent guéris une fois l'opération terminée, indépendamment des traitements qui suivront. Pour les médecins, la guérison ne s'envisage qu'une fois la période de rémission dépassée, soit après cinq ans. Quant aux biologistes, pour qu'un tel verdict soit donné, plus aucune cellule cancéreuse ne doit être décelée.

A côté de cela, un tiers d'entre eux précisent que le côté émotionnel n'est pas du ressort de l'oncologue : *« Je crois que c'est pas chez elle qu'on doit se trouver si on a pas le moral (N°2) »*. Pour ces personnes, le médecin de famille, le psychiatre ou un thérapeute paraissent plus compétents à ce niveau : *« Les gynécologues et les oncologues ne vous demandent pas tellement quel est votre état d'esprit. Ca c'est le rôle plutôt du médecin de famille (N°5) »*.

A ce propos, il est intéressant de réfléchir quelque peu à la notion de collaboration interdisciplinaire. Plusieurs personnes pensent en effet que d'autres professionnels sont plus à l'aise que l'oncologue pour aborder le plan émotionnel. Il se peut également que certains aient tout simplement plus de facilité à se confier au médecin de famille qui les connaît depuis des années. D'autres préfèrent peut-être se tourner vers un psychologue qui a l'habitude de travailler sur les émotions dans le cadre de sa profession ou au contraire, ils l'identifient peut-être comme quelqu'un « pour les fous ». Par rapport à cela, nous pourrions donc imaginer qu'une collaboration entre professionnels apporterait un plus aux personnes malades. Si l'oncologue est en manque de temps, il devrait au moins veiller à ce que ses patients soient soutenus moralement par un collègue auprès duquel ils se sentent à l'aise.

Je souhaiterais également soulever un autre aspect de la collaboration interdisciplinaire. Dans certains entretiens, les personnes mentionnent : *« On a essayé de tout enlever mais on est pas sûr à 100% qu'on ait bien raclé, bien nettoyé, donc par sécurité on va quand même faire les séances de chimio (N°6) »* ou *« J'ai enlevé ce que j'ai pu parce que j'ai pas pu tout enlever mais la radiothérapie continue à les détruire (N°4) »*. Une fois l'opération effectuée, les chirurgiens ne devraient en effet pas prendre des risques en assurant : *« On a tout enlevé »*. Souvent, l'opération ne suffit pas. Les professionnels informent alors le patient qu'il doit effectuer toute une série de traitements. Or, un patient qui s'est entendu dire qu'il n'avait plus rien peut se sentir perdu et ne plus avoir confiance. Pour éviter d'administrer au patient un 2^{ème} gros coup au moral, il est donc important que les professionnels collaborent. Même s'ils pensent avoir fait du bon travail, ils ne doivent pas vanter leurs performances personnelles puis simplement passer le relais à leurs collègues. Ils leur laissent ainsi le risque d'endosser la responsabilité si les choses devaient se dégrader ultérieurement.

Le processus décisionnel

Dans la moitié des situations analysées, l'oncologue décide des traitements appropriés et de la suite des événements : *« En général, ils font un colloque de plusieurs personnes et ils décident du traitement qui va être suivi par la patiente. On suit, voilà. On suit plutôt ce qui est dit (N°5) »*. Certains précisent faire confiance et trouver normal de suivre les décisions d'un professionnel de la santé : *« Moi j'accepte, je me dis c'est elle le médecin. On a une maladie, elle, elle connaît comment la soigner (N°4) »*.

Dans cette situation, la moitié des patients semblent donc expérimenter une relation dans laquelle se retrouvent certains aspects du paternalisme. Le médecin a des connaissances

que le malade ne maîtrise pas. Il est tout puissant et décide de ce qui est bon pour son client.

A ce propos, il convient tout de même d'être prudent. En effet, quelques patients précisent tout de même avoir la possibilité de donner leur avis et de s'opposer s'ils le jugent nécessaire : *« J'ai fait confiance mais je me suis aussi rendu compte que j'avais la possibilité de refuser (N°10) »*. Une patiente se souvient même avoir refusé un traitement : *« Alors des fois je lui dis que j'ai vraiment plus envie qu'il faut faire une pause. Mais elle comprend quoi. Elle me dit : « Y a pas de problèmes, vous revenez dans deux mois » (N°2) »*.

Nous sortons du cadre paternaliste pur et dur dans lequel le patient n'a pas le pouvoir d'intervenir. Nous nous retrouvons plutôt dans une relation qualifiée de « thérapeutique ». Le professionnel et son « client » interagissent librement en se basant sur les connaissances de l'un et les attentes de l'autre. Ils retrouvent leur statut d'homme et le principe de l'égalité des droits.

Enfin, lors des entretiens, certains disent être libres de décider eux-mêmes ou avoir en tout cas beaucoup de chance. L'oncologue intervient alors pour leur donner des conseils : *« Je lui ai aussi dit : « Maintenant, qu'est-ce qui se passe si j'arrête tout ? ». Ben il me donne son point de vue (N°9) »*.

Dans ces situations, selon la relation thérapeutique, le principe d'autonomie est respecté puisque le client peut décider de la suite des événements après avoir pesé les bénéfices et inconvénients.

6.2 CHOISIR UNE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

J'aborderai ici les raisons pour lesquelles les personnes se sont tournées vers les médecines complémentaires et le moment qu'elles ont choisi pour le faire. Cette décision peut être l'aboutissement d'une réflexion personnelle, comme elle peut découler de l'influence de l'entourage ou d'autres facteurs externes.

Le moment déterminant

Parmi les personnes interrogées, un peu plus de la moitié disent s'être tournées vers les médecines complémentaires sur conseil de l'entourage : *« Une copine me disait, prends contact avec telle ou telle personne au Maroc, elle a fait des miracles sur ma tante sur ma cousine, sur ma copine (N°4) »*. Moins de la moitié précisent y avoir eu recours avant la maladie déjà : *« Avant l'opération déjà, je vais vous dire comme c'est fabuleux la vie... j'ai fait un cours en 2000 de fleurs de bach. Alors je sais très bien lesquelles il fallait prendre (N°8) »*.

Selon Tones (1993), l'entourage favorise l'empowerment. Lorsque la personne malade est déjà prise par un sentiment de powerlessness, la famille ou les amis peuvent l'encourager à développer ses capacités d'actions. De plus, le fait d'encourager le malade à être actif permet de prévenir certains mécanismes de défense dont la régression, comportement à travers lequel la personne se laisse complètement aller et dépend de son entourage. Une patiente mentionnera combien l'encouragement des autres a été précieux pour elle : *« Je me suis laissée prendre par la thérapie et vous savez, s'il n'y a pas quelqu'un à côté de vous quand vous êtes fatiguée pour vous dire « mais vas-y, téléphone, fais quelque chose », peut-être « bouge-toi ou essaie de trouver quelque chose », on est quand même pris dans un tourbillon finalement (N°5) »*.

Une petite minorité a été aiguillée par des professionnels du monde médical :

- **un médecin généraliste** : *« Je ne savais pas trop non plus que faire pour que ça se passe bien. Alors mon médecin traitant m'avait préconisé de faire de l'hypnose (N°5) ».*
- **une infirmière** : *« J'ai eu une infirmière qui travaille chez mon médecin... elle fait un peu aussi toutes ces thérapies alternatives. Et puis elle m'a dit : « Essayez déjà pour désintoxiquer le corps quelque chose pour remettre en marche les hormones, mais naturel » (N°6) ».*
- **l'oncologue** : *« C'est quand même elle qui m'aide le plus. Et c'est elle aussi qui m'a guidée vers les médecines parallèles (N°9) ».*

Le fait que certains patients soient aiguillés par les professionnels de la santé est important. En effet, ils encouragent l'empowerment en informant les personnes malades sur les ressources qui sont mises à leur disposition dans le but d'être plus actifs. L'objectif final vise toujours le recouvrement de la santé.

La majorité des patients se sont tournés vers les thérapies complémentaires parallèlement aux traitements. Une petite minorité y a fait recours après les traitements. Un patient l'a même utilisé en lieu et place des traitements traditionnels.

Les raisons évoquées

La grande majorité des personnes font un lien entre les traitements traditionnels et leur décision de se tourner vers les thérapies complémentaires.

La majorité des patients trouvent que la médecine traditionnelle n'est pas suffisante à elle seule dans le combat de la maladie. En faisant appel à d'autres méthodes, ils ne sont ainsi pas esclaves de la médecine et augmentent les chances d'avoir de meilleurs résultats : *« Le côté médecine traditionnelle c'est se laisser porter et l'autre se prendre en main. Et les deux ensembles, c'est être partie prenante pour sa vie. Et ça, je crois que je ne peux pas dire autrement ! (N°9) ».*

De plus, les médicaments traditionnels ne permettent parfois pas de traiter convenablement les effets secondaires découlant des traitements ou de la maladie : *« Là, le traitement que j'ai pris, il avait vraiment trop d'effets secondaires ! Donc là oui. Vu que la médecine traditionnelle ne pouvait rien... Vous ne vous laissez pas... Vous ne vous dites pas : « Je supporte ! ».* Quand c'est à ce point-là, vous ne supportez pas. Donc vous allez voir autre chose (N°7) ». Grâce aux thérapies complémentaires, ils ont donc espéré pouvoir soulager quelque peu leurs maux et recharger de bonnes énergies.

Le côté toxique et fort des traitements traditionnels a été relevé par quelques patients. Ainsi, ils ont fait appels à des méthodes naturelles dans le but de désintoxiquer le corps. En ce qui concerne la personne qui n'a pas utilisé du tout la médecine traditionnelle, elle relève son envie d'être traitée en douceur.

A ce propos, il me paraît important de relever qu'environ 60% des médicaments utilisés en chimiothérapie sont issus de substances végétales (Béliveau, 2007). Les effets secondaires et le caractère agressif qui en découlent entretiennent cependant l'idée de toxicité que les gens se font. A ce propos, certains livres illustrent environ 230 plantes utilisées en chimiothérapies.

Huit personnes soulignent leur désir de se battre et de ne pas rester inactif : *« Je ne suis pas esclave de la médecine, c'est moi qui me prends en main. C'est moi qui décide, je m'écoute (N°9) ».* Les thérapies complémentaires sont un moyen de faire quelque chose, de tout mettre en œuvre pour que le vécu de la maladie se passe dans les meilleures conditions possibles : *« L'acte chirurgical c'était l'acte de la chose qui était là et qu'il fallait*

enlever, de la tumeur et les ganglions qu'ils m'ont enlevés. Le reste, c'est vite vu, c'était à moi de faire le travail (N°8) ».

Plus de la moitié des patients mettent en avant les troubles physiques ou psychiques vécus durant la maladie. De plus, 70% d'entre eux mentionnent la baisse de moral et le besoin d'avoir quelqu'un avec qui pouvoir échanger leurs états d'âme : *« Je sentais que ce n'était pas suffisant d'aller faire des chimios, de pas se sentir soutenue. On a tendance à oublier le côté psychologique de la chose et le bouleversement qu'il peut y avoir dans une vie aussi. Je pense qu'ils sont tellement dedans qu'on est un petit peu des numéros (N°1) »*. A travers les diverses méthodes, elles espéraient apprendre à mieux gérer leurs émotions et à accepter la maladie.

6.3 L'ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT FACE À SA MALADIE

Pour beaucoup, l'annonce du cancer a été vécue comme un drame. Je présenterai ci-dessous ce que les personnes ont ressenti au moment du diagnostic et la manière dont s'est déroulée leur maladie. Je traiterai des dégradations physiques et psychiques, ainsi que de la relation entretenue avec leur famille, amis et collègues de travail.

La pose du diagnostic

Lorsque je les questionne sur l'annonce du diagnostic, la moitié des personnes se souviennent avoir eu l'impression que le ciel leur tombait sur la tête : *« J'ai eu l'impression que ça m'avait coupé l'herbe sous les pieds et puis j'arrivais plus à retrouver la joie de vivre... Chez moi, tout avait dégringolé, pourtant je ne suis pas du tout une personne... plutôt le contraire ! Plutôt assez confiante (N°5) »*. Ce fut un choc.

Un lien avec la mort est effectué par la moitié des patients : *« Une fois le diagnostic posé, je l'ai ressenti comme une condamnation à mort. Quand il y a la mort, on pense à la finalité de l'être humain. C'est-à-dire la vie sur terre et après (N°10) ? »*.

A ce propos, je rappellerai que la peur de la mort constitue l'une des craintes fondamentales d'une personne atteinte d'un cancer.

Trois personnes disent avoir pressenti que quelque chose n'allait pas. Elles n'ont donc pas été entièrement surprises de la nouvelle, bien que le choc reste le même.

Comme je l'ai mentionné dans le point 2.4 relatant la relation médecin-malade, le diagnostic n'est pas une chose facile à annoncer pour les professionnels de la santé. Ceux-ci peuvent se sentir mal à l'aise vis-à-vis de la réaction que la personne malade va avoir. Ainsi, une patiente interrogée se rappellera même : *« D'habitude, il plaisantait, il avait des petits trucs à dire... Pis là je l'ai vu très soucieux avec son dossier entre les mains. Je m'assieds et j'attends, j'attends et je vois qu'il me dit : « Je suis embêté ». Il prenait ses dossiers, il les posait d'un côté de l'autre (N°6) »*.

De plus, le médecin peut également craindre que le malade lui donne une part de responsabilité. Un patient m'a en effet présenté son cancer comme étant une erreur de dépistage : *« Jamais on m'a dit à quel point mes seins étaient durs à la lecture. Ils sont remplis de kystes de graisse. Il y avait un kyste près du mamelon qui m'inquiétait, alors je me suis dit : « Je fais un dépistage ». Ce jour-là il n'y a eu qu'un ultrason et ils m'ont dit de ne pas m'inquiéter. Moi je n'étais pas tranquille et j'ai téléphoné. Le médecin-chef a sorti mon dossier en me disant : « On fait trois lectures, ne vous inquiétez pas, vous n'avez rien ». Au mois d'août je sors de la douche, je me regarde dans la glace et j'avais le*

mamelon qui était à l'intérieur comme quand on a froid, plissé et retiré dedans. J'avais une tumeur de quatre centimètre et demi (N°4) ».

Dans l'idéal, l'oncologue devrait adapter son comportement en fonction des différentes situations, notamment lors de l'annonce du diagnostic. En effet, ce moment représente un choc pour le patient. S'il n'est pas abordé de manière adéquate, il peut entraîner des répercussions importantes et de longue durée sur le moral du patient. Avec du recul, j'aurais donc pu approfondir avec les patients la manière dont s'est passée l'annonce de la maladie et les questionner sur le comportement de l'oncologue. J'aurais alors pu faire un lien avec le livre « S'asseoir pour parler » et vérifier si l'attitude adoptée par le professionnel était appropriée (Buckmann, 1994). En effet, si quelques personnes m'ont fait part de ce qu'elles ont ressenti au moment du diagnostic, elles n'ont cependant pas mentionné l'attitude de l'oncologue.

Les modifications physiques induites par la maladie ou les traitements

Comme trouble principal, les patients citent l'état de fatigue. En effet, la grande majorité d'entre eux l'ont abordée au cours de l'entretien. La douleur constitue également un fléau important. Six personnes se sont plaintes d'avoir notamment eu mal aux jambes, à l'estomac, à la tête, dans les os, etc.

De toute évidence, suite aux résultats obtenus, j'ai pris conscience d'avoir sous-évalué l'état de fatigue dont se plaignent beaucoup de patients. Suite à cela, je me suis documentée à ce sujet afin de compléter mon apport théorique.

Par contre, dès le départ, je me suis bel et bien attardée sur les douleurs engendrées par les traitements. Il est donc intéressant de constater que selon mon enquête, plus de la moitié des personnes en ont souffert. Comme je l'ai souligné dans le point « impacts physiques », bien que la douleur puisse presque toujours être entièrement traitée, certains médecins se montrent réticents et tardent à administrer des opioïdes ou opiacés. En effet, je rappelle que ceux-ci sont aussi utilisés comme stupéfiants. De plus, chez certains, la douleur devient chronique et s'étend donc sur une longue période.

Concernant la nausée, plus de la moitié des personnes interrogées ont dû y faire face. Comme je l'ai souligné dans ma théorie, c'est souvent le contexte dans lequel sont administrés les traitements qui engendre les nausées. Ainsi, une personne a été particulièrement sensible à l'odeur : *« Au début, rien que de sentir l'odeur des chimios, j'avais déjà des nausées, quand j'arrivais au cabinet (N°1) »*. Une autre expliquera même : *« Il y a eu des moments où rien que de voir le médicament, ça me donnait des nausées avant même de commencer (N°9) »*. Enfin, pour un patient, le simple fait d'y penser provoque toujours cet effet : *« Encore maintenant, ça me... j'ai les nausées qui viennent (N°7) »*.

Plusieurs autres troubles ont été partagés par les personnes interrogées. Ainsi, un peu moins de la moitié ont perdu les poils et cheveux ou ont eu des problèmes en lien avec l'alimentation.

Comme je l'ai mentionné, les modifications physiques contraires à l'image de la femme véhiculée par la société peuvent engendrer des conséquences importantes pour le bien-être des patients. Ainsi, chez certaines patientes, la perte des cheveux fut spécialement dur à accepter : *« L'approche de perdre les cheveux, ça c'est très difficile par exemple (N°5) »*. Une patiente dira même : *« Les raser... ça alors ça m'a fait mal. J'ai pleuré, j'ai pleuré... le premier souvenir ça m'a fait pensé aux gens qui étaient dans les camps de concentration (N°6) »*. Enfin, pour une autre patiente, c'est la perte du sein qui fut très éprouvante : *« J'ai pas trop accentué sur la maladie, j'ai plutôt accentué sur l'esthétique parce que c'est le sein, c'est la féminité (N°3) »*.

Enfin, trois personnes prétendent avoir eu de la peine à se déplacer et avoir pris du poids. Dans mon cadre théorique, je mentionne plutôt la perte de poids. En effet, le choc du diagnostic ainsi que les nausées peuvent entraîner une baisse d'appétit. N'ayant pas abordé la fatigue des patients, je n'ai par contre pas pensé que le fait d'avoir de la peine à bouger puisse notamment favoriser une prise de poids.

Les symptômes psychiques de la maladie et les inquiétudes qui en découlent

Les angoisses constituent le principal trouble psychique entraîné par la maladie. En effet, plus de la moitié l'ont mentionné. Les origines de celles-ci étaient bien entendu toutes liées à la maladie, mais pouvaient concerner plus particulièrement :

- la peur de ce qui les attend : « *On est angoissé parce qu'on s'imagine ce qui va se passer mais on l'a pas encore vécu (N°6)* ». La peur de l'inconnu inquiète effectivement beaucoup de personnes : « *Les peurs c'est l'inconnu. On a des peurs réelles qu'on connaît et il y a les peurs inconnues. Là, tu vas vers l'inconnu (N°8)* ». Ainsi, six personnes expriment leur souci par rapport à ce qu'elles vont devoir endurer : l'inconnu dans lequel elles basculent tout à coup, la peur ressentie vis-à-vis de l'évolution du cancer. La moitié d'entre elles craignent même de ne pas s'en sortir.

Je ferai ici un lien avec la crainte de perte de contrôle mentionnée dans ma théorie. Plusieurs patients craignent pour les jours à venir. En effet, ils n'ont plus de contrôle sur ce qu'il va se passer. De nombreux changements viennent chambouler leur train de vie habituel : « *Pour moi ce qui était le plus dur c'est que j'étais quelqu'un de très... je speedais tout le temps. Pis là du jour au lendemain, « paf », on ne peut plus rien faire (N°2) !* ».

- l'attente des résultats : « *Il fallait savoir s'il y avait les métastases, ça c'était les angoisses (N°7)* ». Pour un peu moins de la moitié des patients, l'attente des prochains résultats constitue une de leurs principales inquiétudes. En effet, ils craignent parfois une récurrence.

- le souci des dégradations physiques : « *Je fais beaucoup de natation donc ça se voit tout de suite. Donc tout ça c'est vrai que j'étais très angoissée (N°3)* ». Pour un peu moins de la moitié toujours, une autre grande peur concerne effectivement la confrontation aux opérations ou aux traitements lourds, qui entraînent des répercussions psychiques et physiques, comme la perte des cheveux ou l'ablation des seins. La mutilation fait partie des craintes fondamentales présentées plus haut. Pour cette femme, l'ablation des seins est une grande douleur morale. Elle explique que « *le sein, c'est la féminité* ». Derrière cette affirmation se cache peut-être aussi la peur de ne plus provoquer de désir auprès du sexe masculin.

Comme on peut le constater, les facteurs développant les angoisses sont donc nombreux. Une patiente parlera également de : « *Ces petits mots de gorge qui sont normaux en tant normal et qui là devenaient angoissants... (N°4)* ». En effet, souvent, les personnes deviennent rapidement plus soucieuses. Comme je l'ai mentionné plus haut, afin de soulager ces inquiétudes, les patients peuvent donc vouloir chercher de l'aide auprès des médecines complémentaires.

La baisse de moral est également importante, puisqu'elle a été soulignée par la moitié des patients interrogés. Il faut donc être attentif à ce qu'ils ne sombrent pas dans un état dépressif, celui-ci n'étant effectivement pas facile à identifier.

De plus, la peur de la mort a été ressentie par deux personnes interrogées : *« Parfois dans un traitement, vous ne savez pas si ça va réussir ou pas. Donc euh... Ouais. Il fallait apprendre à vivre un jour après l'autre en se battant, justement en ne perdant pas l'espoir (N°1) »*. Celle-ci fait partie des craintes fondamentales.

La relation aux autres

➤ **La vie de couple**

Plus de la moitié des personnes interrogées ont abordé la relation avec leur mari. Leurs discours sont très partagés. En effet, la moitié des femmes ont été très épaulées par leur époux contrairement à l'autre moitié qui dit n'avoir pas reçu de soutien et dont le mari semblait parfois mal à l'aise vis-à-vis de la maladie : *« Il avait peur de me poser certaines questions. Il me voyait mal et peut-être il ne savait pas trouver les mots. Il me disait : « Ca ira mieux », mais ça n'allait pas au-delà (N°6) »*. Une autre patiente expliquera : *« Durant mon traitement, il n'était jamais à côté de moi. Il ne m'a jamais demandé une fois si je supportais, si ça allait, s'il y avait quelque chose ! Et puis j'ai réfléchi à tout ça et puis je me suis dit : « Ca se traduit par quoi ? ». Et ben c'est de la peur, la peur de la maladie (N°8) »*.

Une personne expliquera même qu'elle se faisait plus de souci pour son mari que pour elle : *« Il faut que je guérisse pour que mon mari aussi ait moins de pression sur lui. Je pensais beaucoup à lui. Même plus qu'à moi (N°6) »*. On peut alors se demander si elle n'a pas adopté un mécanisme de déplacement, comportement abordé dans les différents mécanismes de défense. Son mari a été victime d'un infarctus et la santé de ce dernier devient sa principale préoccupation. Une autre personne expliquera également : *« J'ai tellement d'autres soucis à côté que ma maladie j'y pense pas... pas des plus ! (N°2) »*. Ces affirmations sont donc à considérer avec précaution. Cela ne signifie pas forcément que le malade vit bien sa maladie. Au contraire, les soucis autour de sa situation sont présents, mais il choisit de les exprimer à travers d'autres préoccupations.

➤ **La vie familiale**

Concernant la famille en général, un peu moins de la moitié des personnes interrogées expliquent avoir été bien entourées. Pour certaines par contre, le cancer constituait un sujet que le patient lui-même ou ses proches n'osaient pas aborder : *« Moi j'ai ma famille, j'ai des frères et sœurs mais ils n'osent pas me parler ! Le mot cancer fait peur à tout le monde (N°9) »*.

Moins de la moitié des patients ont exprimé leur besoin de s'isoler. Ainsi, ils se sont parfois retrouvés seuls : *« J'avais besoin de m'exiler loin de tout le monde, loin de mes enfants pour me remettre en question (N°3) »*.

Enfin, deux personnes ont veillé à protéger leur famille. Ils ne leur ont ainsi pas toujours fait part de leurs inquiétudes : *« Je n'ai jamais communiqué mon angoisse à mes enfants, les moments où j'avais l'angoisse. Je ne voulais pas rajouter à leurs problèmes mes problèmes (N°4) »*.

Je m'arrêterai ici sur le phénomène d'aliénation présenté dans le cadre des craintes fondamentales, où le patient craint de se retrouver seul. La moitié des personnes n'ont en effet pas reçu suffisamment de soutien de leur mari. De plus, certaines familles n'étaient pas à l'aise vis-à-vis de la maladie. L'entourage ne sait pas comment aborder la maladie et quel comportement adopter (rire, être sérieux, etc.). La personne change. Elle devient autre à soi-même, une étrangère pour les autres.

➤ **La vie sociale**

Dans ce paragraphe, j'aborderai la relation que les personnes ont entretenue avec leurs amis ou entourage (autres que la famille et les collègues). Parmi les personnes ayant abordé le sujet, la majorité d'entre elles disent ne pas avoir eu une vie sociale épanouie, contre seulement trois personnes qui sont sorties et ont rencontré du monde. Je tiens cependant à préciser que pour certaines, cela ne constitue pas un changement par rapport à la vie qu'elles menaient avant la maladie. Ainsi, parmi les personnes qui se sont plutôt isolées, deux d'entre elles ont toujours été d'un tempérament plus casanier.

Le retrait social est à surveiller avec attention. En effet, il peut cacher un début de dépression : « *On est très peu sortis, on a eu très peu de vie sociale (N°5)* », souvent accompagnée par des crises de larmes faciles : « *J'ai énormément pleuré, c'est vrai que j'étais une pleureuse. Des fois, j'allais me cacher au sous-sol pour pleurer. Mon mari avait très peur que je tombe dans la dépression (N°5)* ».

Lorsque je les ai questionnés sur les aspects les plus durs de la maladie, la relation avec les autres a été abordée. Un peu moins de la moitié des patients soulignent en effet les éléments suivants :

- le regard des gens : « *D'abord, je suis « une cancéreuse ». Comme ça, maintenant, c'est plus rien. Mais quand on vient vous dire que vous avez un cancer, c'est une étiquette quand même (N°5)* ». Je ferai ici un lien avec le regard des gens et la sensation de honte que les personnes peuvent ressentir. Certains peuvent avoir du mal à assumer la confrontation au monde extérieur, le malaise ou le questionnement des gens face à la maladie : « *Je me disais : « Comment les gens vont me voir, est-ce qu'ils vont me poser un tas de questions ? ». Parce que j'avais pas envie de mettre toujours ma perruque (N°6)* ».

- l'aide de l'entourage : « *Ca a été difficile d'accepter d'être aidée. Ça peut-être on oublie de vous le dire. Vous savez on est quand même assez fiers, on est touchés dans sa fierté (N°5)* ». Comme je l'ai soulevé plus haut, les malades peuvent avoir du mal à accepter leur situation et se retrouver confrontés à leur vulnérabilité. Chercher de l'aide est alors un pas important à franchir.

Si les patients se sentent mal à l'aise de se faire aider, l'entourage peut également trouver difficile de proposer de l'aide : « *L'entourage... Ils n'osent pas trop me téléphoner pour me demander comment je vais, suivant quelles personnes, parce qu'ils ont peur que j'aie mal ! Ils sont persuadés que je suis au fond d'un trou alors que non, j'ai été me balader en forêt... (N°9)* ».

➤ **La vie professionnelle**

Concernant les personnes ayant traité leur vie professionnelle durant la maladie, la grande majorité explique avoir dû arrêter leur travail. Presque tous ceux qui ont abordé la façon dont s'est passée la reprise soulignent les difficultés que cela implique. En effet, il peut s'agir de :

- la peur de ne pas arriver : « *Ca a été très difficile. La première fois, j'ai rebroussé chemin... La trouille ! Le fait de ne plus être capable de faire, stresser quand même (N°5)* ».

- le manque d'encadrement : « *On m'a plantée là, on m'a donné pratiquement le même travail que je faisais avant. Personne ne m'a jamais demandé rien du tout. Soi-disant que je devais m'adapter au poste à cause de mon bras, on a rien fait du tout (N°8)* ».

- la fatigue : « *J'ai plus qu'un jour de travail et je ne reprends pas pour le moment parce que je veux d'abord m'occuper de moi avant de m'occuper des autres. Et physiquement, je ne sais pas si j'aurais l'énergie complète de tenir une classe (N°9)* ».

Les situations traitées ci-dessus sont malheureusement toutes un frein considérable pour la reprise d'une activité professionnelle. Bien heureusement, pour un des patients interrogés, la reprise fut rapide et pas vraiment difficile. En effet, la maladie n'a jamais représenté un tabou pour les collègues.

➤ **La nécessité de recevoir une aide externe**

Comme nous pouvons le constater plus haut, tout le monde n'a pas pu se confier durant la maladie. Certaines familles ou amis développent un malaise vis-à-vis du cancer. Quelques patients ont également ressenti le besoin de s'isoler, d'autres ont veillé à protéger leur entourage. De plus, ils ont dû stopper momentanément leur travail et la majorité n'a pas eu une vie sociale très épanouie.

Au final, il ressort beaucoup de solitude de ces entretiens. Les gens vivent difficilement le regard des gens et peinent à demander de l'aide. Je pense que dans ces moments-là, il serait judicieux que des assistants sociaux interviennent. En ce qui concerne la vie de couple par exemple, la Ligue contre le cancer dispose de brochures sur la sexualité. Les gens n'osent peut-être pas aborder spontanément ce sujet, il serait donc pertinent de les proposer.

Pour les personnes qui ne veulent ou ne peuvent se confier avec leur entourage, les assistants sociaux peuvent les orienter vers des professionnels adaptés ou tenter d'entrer en communication avec eux. A ce propos, dans le livre intitulé « La famille, son malade et le cancer », l'auteur donne quelques conseils (Matthews Simonton, 1990). Il propose par exemple d'aborder le sujet de la manière suivante : « Quelque chose se passe-t-il maintenant dont vous voudriez parler ? ». Si la personne refuse l'offre, il convient de lui faire comprendre que nous restons disponibles si besoin. De plus, il est important de l'écouter et de comprendre ce qu'elle éprouve. Enfin, les assistants sociaux peuvent se renseigner sur les besoins de la personne en demandant s'ils peuvent faire quelque chose qui puisse l'aider.

Si la personne ne va pas bien, il est important de l'informer sur le travail des psycho-oncologues. De plus, deux fois par mois, des groupes de parole se réunissent dans les hôpitaux. Toute personne touchée directement ou indirectement par la maladie peut s'y rendre. Ces rencontres sont supervisées par un assistant social de la LVCC et le psycho-oncologue de l'hôpital. Enfin, lorsque les gens tombent malades, ils n'ont pas forcément connaissance des diverses associations qui existent. A nous de les présenter et de les aiguiller en fonction de leur type de cancer ou leurs intérêts.

Je souhaiterais également souligner que dans une famille dont l'un des membres est atteint d'un cancer, chacun a ses propres besoins. S'il s'agit d'un enfant, il convient de sensibiliser les parents à ce sujet. En effet, les frères et sœurs peuvent se sentir délaissés¹⁸. Il convient alors de discuter de ce qu'ils ressentent, de leur consacrer du temps et de les encourager à s'adonner à des activités extérieures. De plus, ils recevront certainement de nombreuses questions de la part de leurs camarades ou entourage. Il est donc important de bien les renseigner sur la maladie de leur frère ou sœur afin qu'ils sachent y répondre.

¹⁸ Association de parents confrontés au cancer de leur enfant. *Comment aider les frères et sœurs*. 2008. Adresse URL : <http://www.jourapresjour.be/v2/content/view/149/21/>

6.4 VISER LE BIEN-ÊTRE DU PATIENT PAR LES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

Les paragraphes précédents nous donnent un bon aperçu de la qualité de vie du patient durant la maladie. Mon travail portant sur l'importance des thérapies complémentaires dans le traitement du cancer, il est intéressant de vérifier les améliorations qui se sont produites au niveau de leur bien-être.

Ci-après, j'exposerai donc les bénéfices que les personnes ont retiré des thérapies utilisées, que ce soit sur le plan physique, psychique ou moral. A ce propos, il convient de garder à l'esprit les raisons initiales ayant motivé le recours à ces approches.

Une grande variété d'actions

La moitié des personnes estiment que le recours aux thérapies complémentaires leur a permis de mieux accepter les traitements traditionnels. Ainsi, elles ont appris à les percevoir comme quelque chose de positif et se sont préparées aux décadences physiques qu'ils allaient impliquer.

Pour 70% des personnes, ce fut également une aide sur le plan psychique. En effet, elles ont constaté une diminution des angoisses. Elles ont appris à être positives et moins soucieuses. Ainsi, un sentiment de bien-être a gentiment refait surface. Quelques-unes ont mis de l'énergie autour du questionnement de leurs émotions, de leurs craintes. Elles ont ainsi pu les identifier et mieux comprendre leur fonctionnement personnel. De plus, la moitié des patients trouvent encourageant d'utiliser d'autres thérapies. Celles-ci permettent d'aller de l'avant et sont une grande aide dans le vécu de la maladie.

Concernant les effets secondaires liés aux traitements, la moitié des personnes soulignent avoir constaté une amélioration. Les nausées, bouffées de chaleurs ou douleurs quelconques ont été atténuées. Elles parlent d'un bien-être général, d'une amélioration de leur qualité de vie. Trois d'entre elles vont même jusqu'à souligner qu'elles avaient de l'énergie et étaient en pleine forme. Enfin, quelques patients ont également remarqué une diminution du stress.

Comme nous pouvons le constater, les bénéfices apportés par les thérapies complémentaires sont multiples. Grâce à elles, un peu moins de la moitié ont eu l'impression de se battre pour reprendre leur vie en main, afin que leur maladie fasse à nouveau place à la santé.

6.5 L'ÉTAT D'ESPRIT DU PATIENT LORS DES THÉRAPIES TRADITIONNELLES

J'aborderai ici l'opinion que les personnes interrogées se font des traitements traditionnels, ainsi que la confiance qu'elles leur portent. Le but est de pouvoir ensuite comparer ces impressions à celles ressenties à l'égard des thérapies complémentaires.

Les interactions avec le monde médical

Un peu moins de la moitié des patients soulignent la gentillesse du personnel médical et les bons contacts qu'ils ont eus avec eux : « *Je discute beaucoup avec les infirmières. Ouais, j'aime bien. C'est toujours les mêmes personnes (N°2)* ». Une autre personne expliquera :

« Le groupe à l'hôpital, cet étage, génial. Alors vraiment admirable. Ils font vraiment tout pour vous faciliter la vie (N°5) ».

Le même nombre soulignent par contre leur mécontentement sur la façon dont ils ont été pris en charge par les professionnels de la santé. Ils n'ont pas reçu suffisamment d'attention et ont été trop livrés à eux-mêmes dans cette épreuve difficile : *« Lors de la première opération, je peux dire que j'ai été lâchée dans la nature ! Les infirmières à l'hôpital étaient complètement dépassées par leur travail. J'avais l'impression que j'étais quelqu'un qu'on avait opéré d'un petit kyste sous un pied (N°6) ! ».*

Une fois l'opération terminée, les professionnels de la santé ont parfois peu de temps à consacrer aux personnes. Il me paraît donc important de les orienter auprès des assistants sociaux de la LVCC. En effet, durant mon stage, certaines personnes se sont rendues chez nous sur conseil de l'entourage. Elles n'ont pas toujours été informées de l'existence de la LVCC par le personnel médical.

Une étape nécessaire, mais parfois mal vécue

En ce qui concerne les traitements, la moitié des personnes font part de leur inquiétude vis-à-vis des dégâts que ces derniers provoquent dans l'organisme. Elles sont conscientes qu'ils n'apportent malheureusement pas que des bénéfices : *« C'est quand même un poison qu'on vous injecte finalement pour tuer des cellules. Donc on tue une partie de ce qui est sain aussi dans votre corps (N°6) ».*

Pour la grande majorité des patients, le fait de devoir se rendre aux traitements leur demande un grand effort : *« Je sais pas pourquoi mais j'avais peur de ce qui se passait dans ce bâtiment, pas de la radiothérapie, des gens malades. Je ne voulais pas attraper encore les énergies de ces gens qui étaient bien mal foutus (N°8) ».* Ils appréhendent ce moment. Certains angoissent et n'arrivent pas à dormir la veille : *« J'ai toujours des petits problèmes, elles n'arrivent pas à me piquer. Alors le jour avant je ne suis pas très bien, je n'arrive pas à dormir (N°2) ».* Une personne explique même ne plus vouloir y retourner.

Un peu moins de la moitié des patients tiennent des propos oppositionnels et négatifs envers les traitements traditionnels : *« On va vous donner quelques séances de drainage et puis Adieu Berthe ! Le reste, les autres douleurs, vous devez faire avec, parce que c'est normal (N°7) ».* Comme je l'ai mentionné plus haut, pour certaines personnes, les odeurs de la chimiothérapie, la vision des traitements ou le simple fait d'y penser provoquaient des nausées. *« La chimio c'est de longues heures, très difficiles à passer, où on est seule avec soi-même et puis où là, vous avez beaucoup de temps pour réfléchir, trop certaines fois (N°5) ! ».*

Heureusement, la moitié des personnes interrogées se rendaient toutefois aux traitements dans un état d'esprit serein et positif : *« J'allais dans... avec beaucoup de volonté malgré des fois mes états limites. J'allais avec l'espoir d'en sortir, avec une rage de vivre (N°10) ».*

Comme nous pouvons le constater, les discours portant sur les thérapies traditionnelles sont très partagés. Il ressort tout de même beaucoup de crainte. A ce propos, si les personnes ne disposent pas d'un entourage très riche, il convient de les informer de l'existence de bénévoles qui accompagnent volontiers les personnes malades à l'hôpital. La Ligue valaisanne contre le cancer propose notamment ce service. Chaque semaine, des secrétaires organisent le transport pour les traitements de chimiothérapie, de radiothérapie ou pour divers contrôles. A ce propos, une belle complicité se crée parfois entre le bénévole et son passager qui apprécie le soutien qui lui est proposé. Il arrive également que les personnes malades traversent une période de colère, de dépression ou autres troubles divers. Les bénévoles comme les assistants sociaux sont donc parfois confrontés à des comportements qui les mettent mal à l'aise. Des supervisions bien heureusement organisées et menées par des psycho-oncologues. Chacun partage les situations

problématiques vécues et des solutions communes leur sont proposées au cas où celles-ci devaient se reproduire. De plus, en tant que professionnel, il me paraît important de pouvoir également compter sur le soutien de ses collègues. En effet, certains ont peut-être déjà vécu des situations qui nous posent problème. L'expérience leur a peut-être permis de développer des outils appropriés. Il est donc bon de pouvoir en faire profiter les autres.

Les traitements, source de confiance

La grande majorité des personnes perçoivent les traitements traditionnels comme étant une nécessité et font confiance.

Parmi les personnes restantes, un patient se montre plutôt méfiant : « *Chez moi, il y a un désir de prendre en charge moi-même mon traitement. J'ai beaucoup de peine à placer ma confiance dans l'autorité médicale quelle qu'elle soit. Je ne veux pas remettre mon destin aux autres. Je ne veux pas accorder un pouvoir extérieur à moi, être dépendant et devoir faire confiance à une tierce personne (N°10)* ». Cette même personne souligne toutefois les compétences du personnel médical : « *Je reconnais la compétence que moi-même je n'ai pas donc (N°10) !* ».

Dans ces propos, on retrouve des aspects d'isolement. En effet, il ne désire pas laisser les rênes au personnel médical. Il se dit responsable de lui-même. Il pense avoir des ressources personnelles au niveau du psychisme et précise qu'une communion avec Dieu peut agir directement sur le corps.

Quant à l'autre, bien qu'il ne fasse pas d'éloges aux traitements, il affirme faire confiance aux médecins : « *Ce n'est pas un domaine que je connais vraiment. Je ne connais pas les traitements mais comme j'ai confiance aux médecins (N°7)* ». Au final, on peut donc dire que tous confirment les bénéfices apportés par la médecine traditionnelle. En effet, même la personne n'ayant utilisé que les thérapies complémentaires se dit consciente que la chimiothérapie tue les mauvaises cellules.

6.6 L'ÉTAT D'ESPRIT DU PATIENT LORS DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

Dans le paragraphe suivant, je me pencherai donc sur les thérapies complémentaires et la perception que les patients s'en font. En effet, il est intéressant de constater que l'état d'esprit dans lequel ils se rendent à l'hôpital ou chez le thérapeute n'est pas le même. De plus, je soulèverai les principales différences qu'ils perçoivent dans ces deux méthodes.

Les thérapies complémentaires

Concernant le thérapeute, un peu moins de la moitié des personnes le présentent comme quelqu'un à leur écoute, qui se soucie de leur bien-être : « *Il y a une telle chaleur. Ouais j'ai quand même passé trois semaines, j'étais comme dans un cocon. On prend soin de nous, on va à notre rythme (N°3)* ». Chez une d'entre elles, les échanges avec le thérapeute se font même dans les deux sens : « *Je suis contente d'aller, on discute un peu de tout. Il me parle même de ses problèmes, j'écoute même ses problèmes (N°6)* ».

Le même nombre de personnes soulignent le véritable accompagnement dont ils bénéficient. Le thérapeute les encourage, leur donne des conseils, les pousse à se battre : « *Elle m'a aidé à... à préparer la prochaine séance de chimio et à voir aussi les capacités que mon corps avait aussi à se défendre, à utiliser le traitement pour combattre la maladie (N°1)* ».

Trois personnes décrivent leur thérapeute comme quelqu'un de disponible, qu'elles peuvent appeler si besoin. Deux d'entre elles mentionnent les contacts peu fréquents qu'elles ont avec lui.

Concernant l'état d'esprit des patients envers les thérapies complémentaires, les critiques sont très positives chez un peu moins de la moitié d'entre eux. Ils semblent trouver cela intéressant et être contents d'y aller : « *J'avais trouvé chaussure à mon pied. Ca m'a beaucoup aidée pendant cette période-là (N°5)* ».

Trois personnes sont positives vis-à-vis de l'action de ces thérapies. Elles s'y rendent donc de manière convaincue. Cela n'empêche pas que quatre patients ont douté ou été sceptiques à un moment donné : « *La première chose que je me suis dite c'est : « On va voir la qualité ! On va voir ça dans la manière dont je vais être reçue » (N°7)* ». Une dame ayant eu affaire à un magnétiseur expliquera : « *J'ai toujours peur de la magie noire, des gens qui peuvent plutôt nous faire du mal que du bien. J'étais un peu sceptique (N°4)* ».

Enfin, un peu moins de la moitié font un lien entre les thérapies complémentaires et le travail sur soi, le fait de pouvoir être soi-même : « *C'est un art de vivre où on doit se centrer sur nous, être calme, être bien avec soi-même, ne pas être atteint par le stress, avoir une hygiène de vie (N°7)* ».

Traitements traditionnels et complémentaires, une union souhaitée

Plus de la moitié soulignent l'importance de combiner la médecine traditionnelle et complémentaire.

Trois personnes relèvent le fait que dans la médecine traditionnelle, les thérapies complémentaires sont mal vues ou sous-estimées, alors que le contraire ne semble pas être le cas : « *Il faut se rendre compte que dans le monde médical, eux ils croient uniquement à leur traitement à eux. Alors ceux qui font les médecines parallèles, certainement qu'ils ont une autre ouverture (N°1)* ».

Trois autres personnes soulèvent le fait que les méthodes complémentaires tiennent compte de l'être humain dans sa globalité. Elles ont un impact sur le plan physique et moral. La médecine traditionnelle quant à elle stoppe les mauvaises cellules mais n'agit pas sur l'ensemble de l'organisme : « *Il faut tout prendre. Il ne faut pas... comme certains médecins traditionnels, qui ne prennent peut-être que le mental ou le physique. Alors voilà, j'ai compris que c'était un tout et qu'on peut avoir une autre philosophie de vie (N°3)* ».

Pour finir, deux patients trouvent que la médecine traditionnelle fait plus de dégâts dans le corps. En effet, les traitements complémentaires sont plus naturels : « *On parle de médecines, traitements... c'est des traitements chimiques donc on ingurgite beaucoup de chimie. Par contre, je pense qu'une autre thérapie, il y a plus de naturel, donc le corps est beaucoup plus épargné de ce côté-là. C'est ça la différence (N°6)* ».

6.7 L'ESPOIR DE GUÉRISON ET LA PERCEPTION DE L'AVENIR

Pour beaucoup, la recherche de facteurs ayant pu influencer le développement de la maladie fut d'une grande aide. J'exposerai ci-dessous le résultat de ces recherches, la perception que les gens interrogés se font de leur avenir et leur état d'esprit face au déroulement de la maladie.

Cerner l'origine de la maladie en lien avec son parcours personnel

La quasi-totalité des personnes ont cherché les raisons ayant pu faciliter le développement du cancer. Une d'entre elles est d'ailleurs toujours en train de chercher. A ce propos, la moitié fait un lien entre leur maladie et de grands problèmes rencontrés avec une personne de la famille. Il peut s'agir notamment d'une séparation, de la détérioration d'une relation avec le mari, etc. : « *Je me suis dit le premier que je rencontre et que je sens sincèrement qu'il m'aime, je fonce dans le mariage. C'était un type adorable mais en tant qu'ami. Pour moi ce n'était pas de l'amour (N°4)* », ou la maman : « *J'ai eu une dispute tellement violente avec ma mère... Ce soir-là quand je me suis lavée, que j'ai touché et que j'ai senti cette boule, la première chose que j'ai pensé c'est : « Voilà, c'est dû à la dispute que tu as eue ! » (N°6)* ».

Dans mon cadre théorique, j'aborde le rôle du psychisme comme facteur ayant favorisé le développement de la maladie. J'explique notamment que selon Léon Renard (2003), le cancer peut se développer suite à la cassure d'une relation avec une personne importante. Dans les exemples ci-dessus, les patients interrogés ont vécu une dégradation de leur rapport avec leur mari ou leur maman.

Chez d'autres patients, j'ai pu noter l'influence des pensées négatives. En effet, ce sont des personnes qui étaient empruntées par diverses peurs : « *Je suis peureuse de tout. Quand mon fils part... maintenant il fait des études... Il va à Lausanne le vendredi, le samedi, j'ai toujours peur qu'il ait un accident de voiture (N°2)* ». A ce propos, C. B. Bahnson [et al.] parlent d'une problématique psychique dont l'individu n'arrive pas à se défaire. Le cancer serait un moyen dont dispose le corps pour exprimer son mal-être, transmettre un message que l'individu ne saurait énoncer et partager de vive-voix

Pour un peu plus de la moitié, le cancer a pour origine des chocs. Il peut être lié à la perte d'un être cher ou à de fortes émotions vécues : « *J'ai été à l'hôpital et quand je suis arrivée dans la chambre de ma grand-mère, le lit de ma grand-mère n'était plus là. J'ai dit à la dame à côté : « Qu'est-ce qui s'est passé ? ». Elle m'a dit : « Mais ils ne vous ont pas appelé, ils ne vous ont pas avertis ? Votre grand-mère vous a appelé toute la nuit et puis à 4h elle est décédée ! ». Ça, ça a été un choc ! (N°6)* ».

Je souhaiterais ici faire un lien avec les études de Rike Hamer¹⁹ ou Lawrence Le Shan qui présentent les chocs comme des événements pouvant entraîner le développement du cancer (Jacquet-Smailovic, 2006).

De plus, selon Thomas Holmes et Richard Rahe, l'accumulation d'événements plus ou moins stressants augmente le risque de développer un cancer (Jacquet-Smailovic, 2006). Les ulcères de l'estomac ou certains cancers en sont l'exemple. Aussi, plusieurs personnes interrogées ont mentionné une période de leur vie au cours de laquelle elles ont été très stressées. Un patient expliquera notamment : « *Il y a eu cette séparation que j'ai voulu. En étant seule, je devais me battre pour tout : trouver du travail, j'ai fait des formations, j'avais des enfants, je devais déménager parce que j'habitais en montagne. J'ai vraiment fait beaucoup de choses avec beaucoup de stress et sûrement du mauvais stress, sans penser à moi (N°3)* ».

Il est ici intéressant de comparer ces propos à l'échelle de Rahe et Holmes. On remarquera que Mme a vécu plusieurs situations présentes dans la grille²⁰, soit : une séparation, un changement dans le type de travail, le début d'une formation, un changement dans les finances et les conditions de vie, un changement de résidence.

¹⁹ Médecine nouvelle germanique. Dr med. Ryke Geerd Hamer [en ligne]. Adresse URL : <http://www.germannewmedicine.ca/documents/acceuil.html> (consultée le 5 octobre 2008)

²⁰ **Annexe 10.1** : Echelle d'évaluation du niveau de stress de Holmes et Rahe

Je prendrai un autre exemple : « *Les rapports avec ma mère se sont encore plus détériorés, jusqu'à ce qu'on arrive à l'année passée. Et puis l'année passée, il y a eu cette période au mois de janvier où elle était malade et mon mari a fait un infarctus. Donc j'ai été prise dans un tourbillon parce que ma mère avec l'incompréhension qu'il y avait, je ne pouvais pas m'en occuper parce que j'avais mon mari ! (N°6)* ». Nous retrouvons ici deux événements répertoriés dans l'échelle d'évaluation du stress, soit un changement dans les relations sentimentales (avec sa mère) et un changement de l'état de santé d'un membre de la famille (mère et mari). Ces liens sont certes intéressants. Il convient toutefois de garder une certaine distance face à cette grille comme outil d'évaluation. Ces situations affaiblissent peut-être la résistance de la personne. Cependant, le développement d'un cancer est bien plus complexe. De plus, dans notre société actuelle, si toutes les personnes vivant des événements hautement stressants développaient un cancer, la maladie serait d'autant plus difficile à gérer.

Trois personnes font un lien entre leur maladie et le fait de vouloir trop faire pour les autres et de culpabiliser au moindre faux pas. « *Maintenant, je dois faire gaffe de pas... quand il y a des problèmes avec les enfants ou ça euh... de pas trop prendre sur moi, de refaire ce travail, de lâcher prise et de faire confiance (N°1)* ».

Quelques-uns soulignent le fait de ne pas avoir pris assez soin d'eux-mêmes et de leur corps : « *J'ai sûrement bâclé mon corps qui au bout d'un moment me disait stop. Et malgré le stop, je le savais mais j'allais encore plus loin, je l'ai poussé poussé poussé jusqu'au jour où on m'a dit : « Ben voilà, il y a quelque chose de grave qui se met en place » (N°3)* ».

Je ferai ici un lien avec l'alimentation, élément à prendre en considération pour une bonne hygiène de vie. En effet, je rappelle que 25 à 30% des cancers semblent découler de facteurs alimentaires. Aujourd'hui, le bienfait de certains aliments sur notre santé est prouvé. De plus, il est conseillé d'en consommer d'autres avec modération. Comme nous le verrons plus bas, il n'est donc pas étonnant que plusieurs personnes interrogées portent une attention particulière à leur alimentation. De plus, n'oublions pas que la nourriture occidentale serait plus nocive pour la santé. Un patient soulignera même : « *Je pense que le sucre est une drogue quasiment. Il y a une addiction au sucre qui n'est pas bonne, pour tout le monde (N°10)* ».

L'un d'entre eux présente l'alcool comme une substance ayant joué un rôle important dans sa maladie. Il a quelque part délaissé son bien-être. Monsieur a développé un cancer du foie. En effet, dans mon cadre théorique, je mentionne le fait que l'alcool est connu comme étant une substance très nocive pour le foie. Une consommation excessive de ce liquide est d'autant plus dangereuse : « *Avec ma femme, on buvait. On ne buvait pas excessivement, mais on buvait régulièrement. Pour résoudre finalement les difficultés personnelles, on avait tendance à boire (N°10)* ». Monsieur parle d'une consommation régulière, ce qui dépasse déjà une fréquence à un rythme occasionnel. Il abordera également le tabac en ces termes : « *La seule chose qui me gêne et qui me culpabilise c'est le tabac. Je pourrais arrêter mais c'est difficile (N°10)* ». En effet, la consommation de ces deux substances conjointement augmente encore le risque de développer un cancer. Ainsi, comme je l'ai mentionné précédemment, 40% des cancers sont liés à l'alcool et au tabac.

Parmi les personnes ayant à la fois cherché et trouvé l'origine de leur cancer, la grande majorité estime que cela les a aidé. Ils ont ainsi pu travailler leurs points faibles, améliorer leur mode de vie et être en paix avec eux-mêmes. Pour les patients qui tiennent un discours différent, ils mettent en avant le fait que la vie est pleine d'événements difficiles à surmonter et qu'il est culpabilisant de jouer un rôle dans l'apparition de la maladie : « *Si vous*

réfléchissez, dans la vie, à chaque moment on a des deuils à faire. Donc j'ai pas envie d'avoir un cancer à chaque fois (N°7) ».

Comme nous pouvons le constater, beaucoup de personnes trouvent des failles dans leur parcours personnel qui expliqueraient le développement de la maladie. Souvent, les oncologues tiennent un discours plus scientifique. Une fois la maladie installée, l'oncologue et le patient peuvent être en décalage. Le patient va travailler autour du problème afin d'y remédier. Pour l'oncologue au contraire, une fois la maladie installée, sa préoccupation se porte sur les traitements que la personne doit suivre.

En tant qu'assistante sociale, il me paraît intéressant de se questionner sur la position à adopter. A ce propos, plusieurs études effectuées en 2008 soulignent l'impact de bonnes habitudes de vie sur l'espérance de vie. Ainsi, bien que le cancer soit déjà installé, une prévention secondaire reste importante. A ce propos, la brochure intitulée « Mobilisez-vous, réduisez votre risque de cancer » mise à disposition par la Ligue contre le cancer convient parfaitement (Iseli, 2007). Elle présente le comportement à adopter pour suivre un mode de vie sain.

L'avenir, des projets remis en question ?

La grande majorité des gens sont positifs lorsqu'ils pensent à leur futur : *« Alors j'étais tout à fait positive parce que j'avais compris pourquoi. J'ai cherché, j'ai compris pourquoi et c'est un truc que je devais aussi comprendre (N°8) »*. Deux personnes sont quant à elles plutôt négatives : *« Je ne crois pas que je vais guérir. Pour moi, j'ai l'impression que je vais vivre avec cette tumeur qui est là. J'ai tellement essayé, essayé – ça fait quand même sept ans que je fais des traitements – c'est jamais parti, pour moi j'ai plus d'espoir (N°2) »*.

Trois personnes disent vivre au jour le jour, indépendamment de leur état d'esprit positif ou négatif : *« Je n'arrive plus à faire de grands projets. Qu'est-ce que je peux dire... Je vais au jour le jour. J'apprécie le moment présent. Je ne sais pas ce que sera la semaine prochaine (N°3) »*.

Enfin, plus de la moitié des patients font part de leur souci vis-à-vis d'une récurrence. Ils sont conscients qu'une menace plus importante plane sur eux durant les premières années qui suivent la fin des traitements. A ce propos, en tant qu'assistante sociale, je trouve important de ne pas se lancer dans des pronostics ou statistiques qui relèvent des compétences médicales. Si les gens craignent la reprise d'un cancer, il convient donc de leur proposer un soutien moral dans la limite de nos compétences professionnelles. L'assistant social peut être à l'écoute de la personne et en empathie avec elle. Il doit cependant faire attention de ne pas vouloir la rassurer en lui donnant de faux espoirs. Il s'agit d'être prudent et d'éviter de s'aventurer dans des chemins que nous ne maîtrisons pas.

Dans l'ensemble, il est donc intéressant de constater que la plupart des malades sont positifs. Dans le cas présent, nous pouvons nous demander si ceux-ci sont conscients que dans la moitié des cas, le cancer peut devenir « chronique ». En effet, les traitements administrés ne permettent pas toujours une rémission. Des traitements supplémentaires sont alors nécessaires et ce, pour une longue durée. La personne devra vivre avec le cancer. A ce propos, il paraît peut-être préférable que les personnes malades n'aient pas conscience de cette possibilité. Cela pourrait avoir un impact sur leur psychisme et le travail que ces dernières font pour mieux vivre les traitements et la maladie (Bataille, 2003). Dans le cas présent, les patients ne pensent pas forcément que leur maladie peut perdurer. L'aspect négatif des choses est omis, ce qui n'est pas toujours le cas.

En effet, lors du diagnostic, la moitié des gens font facilement un lien avec la mort. Le phénomène inverse se passe. Les patients sont très négatifs et oublient le côté positif des choses. Pourtant, environ 50% des cancers peuvent désormais être guéris²¹.

La guérison comme issue envisagée par les patients

Pour plus de la moitié des personnes, le fait d'avoir recours aux thérapies complémentaires a augmenté leur espoir de s'en sortir. Parmi elles, une patiente est moins explicite. Elle explique tout de même : « *On va faire une thérapie pour avoir de meilleurs résultats et après être mieux et puis en retirer... quand même... des bénéfices, des choses positives (N°5)* ».

A côté de cela, deux personnes expliquent que les méthodes complémentaires n'augmentent pas l'espoir de guérir. Une des deux explique : « *Elles aident à me préserver de l'apparition de nouvelles tumeurs. Je suis assez persuadé qu'on vit tous avec des cellules cancéreuses et il suffit qu'un terrain favorable se mette pour qu'elles apparaissent (N°10)* ». Cela veut donc dire que si son espoir de guérir son cancer actuel n'est pas fortifié, il est plus tranquille vis-à-vis d'une récurrence. Quant à l'autre personne, si l'espoir de guérir n'augmente pas, c'est parce qu'elle a été confiante dès le départ : « *Le mot cancer j'ai mis longtemps à le prononcer. Pour moi je n'avais pas le cancer. J'avais enlevé mon sein et c'était terminé (N°4)* ».

Je me questionne ici sur le déni comme mécanisme de défense. En effet, il s'agit d'un comportement inconscient à travers lequel la personne nie sa maladie. Madame explique ne pas avoir été angoissée et semble très peu concernée par les fléaux de la maladie : « *Je me disais presque des fois : « J'ai honte, parce qu'il me semble que je suis une privilégiée ». Je sais pas j'ai l'impression quand je lis certains témoignages que je suis privilégiée (N°4)* ». Elle se décrit même comme quelqu'un de plutôt chanceux et ne donne pas l'impression d'avoir eu un ennui de santé autant important que le cancer.

6.8 LA MOBILISATION DES RESSOURCES PSYCHIQUES ET ÉMOTIVES

Lorsque nous sommes victimes d'une atteinte à notre intégrité, nous disposons d'une palette de ressources à mobiliser personnellement ou à exploiter auprès de l'entourage. Dans les paragraphes suivants, je citerai donc les outils que les personnes interrogées trouvent précieux dans l'affrontement de la maladie.

Les ressources personnelles, une caverne aux mille trésors

La grande majorité des personnes interrogées pensent clairement que nous disposons de ressources personnelles capables d'influencer le déroulement de la maladie. Deux personnes restent toutefois hésitantes quant à notre capacité de « combattre » la maladie. Une d'entre elles pense tout de même que certaines ressources permettent d'améliorer notre bien-être : « *Je pense que justement, si on arrive à se retrouver soi-même, à être vrai avec soi et puis à se détacher de toutes les futilités qu'il peut y avoir dans notre monde de consommation, je pense qu'on peut arriver à aller bien mieux (N°7)* ». Quant à l'autre patient, il pense que la confiance en soi peut avoir un impact sur la maladie. Au final, nous pouvons donc dire que tous les patients sont unanimes quant à la faculté que nous avons d'améliorer notre état de santé.

²¹ Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer en Suisse : les chiffres*. 2008

Presque tous les patients soulignent l'importance du mental, le fait d'avoir des pensées positives, de faire confiance à la vie : « *Dans ma situation, je crois que si on n'y croit pas, il y a déjà longtemps que je serais plus là. Moi je crois que ça fait beaucoup d'avoir le moral, d'avoir des pensées positives (N°2)* ». Parmi les ressources personnelles que l'on peut exploiter, un peu plus de la moitié soulignent la possibilité que l'on a d'adopter une bonne hygiène de vie. Quatre personnes se réfèrent plus particulièrement à l'alimentation : « *J'ai déjà agi sur mon alimentation. J'évite le sucre, les produits laitiers... Mais je n'en fais pas une religion. J'ai lu le livre de Servan Schreiber. Je mange quand même un peu de viande, du poisson, je mange des céréales complètes* ». Une autre pense à la mise en pratique des conseils reçus par les thérapeutes : « *Il n'y pas seulement de rencontrer des thérapeutes, il y a aussi à faire après. Parce qu'aller chez une diététicienne et pas le faire, ça sert à rien (N°10)* ».

Un peu plus de la moitié pensent que l'on peut aller mieux en effectuant un travail personnel, en prenant le temps de se remettre en question et d'être à l'écoute de soi : « *Je me demande toujours pourquoi je reste dans la maladie malgré toutes mes pensées positives. Alors à un moment donné, on fait un travail personnel en disant : « Ouais bon, il y a le pardon, il y a plein de choses qui entrent en jeu » (N°9)* ». Pour un patient, le travail sur soi passe par les énergies : « *Moi je dis quand on a les chacras qui sont centrés et que l'énergie en bout tourne bien, ben le reste... C'est ça le plus important mais il faut comprendre toutes ces choses (N°8)* ». Enfin, la moitié des personnes abordent l'aide que peut apporter la prière, la foi en Dieu : « *On a prié pour moi, on a fait des messes et puis même les médecins n'ont rien compris. J'avais les reins qui ne fonctionnaient pas et du coup les reins se sont mis à fonctionner. Bon je crois que c'est un peu comme toute chose, il faut y croire (N°2)* », ou simplement le fait de croire en quelque chose de positif après la mort.

Choisir le bon outil comme aide supplémentaire

Un peu plus de la moitié des patients ont choisi de partager leurs états d'âmes en se tournant vers un psychologue, des groupes de parole ou des personnes ayant vécu la maladie.

Concernant l'utilisation des thérapies complémentaires, j'ai choisi de les présenter selon le tableau qui me sert de référence pour la classification des différentes méthodes (Janssen, 2006). Ainsi, la moitié des patients ont utilisé des thérapies psychocorporelles, comme la relaxation, le yoga ou la méthode Simonton. Le même nombre de personnes ont testé les thérapies biologiques et corporelles.

Enfin, un peu moins de la moitié ont fait appel aux systèmes médicaux dont l'Ayurveda, l'homéopathie et la médecine traditionnelle chinoise. Le même nombre de personnes se sont tournées vers les thérapies énergétiques, catégorie dans laquelle j'ai choisi de classer les guérisseurs ou personnes qui ont des dons.

6.9 SAVOIR RETIRER DES BÉNÉFICES DE LA MALADIE

La maladie a été source d'innombrables souffrances, certes. Certaines personnes ont tout de même également su en retirer quelques bénéfices que j'aborderai ci-dessous. Avec du recul, elles nous font part des comportements ou événements dont elles sont fières ou qu'elles regrettent. De plus, elles se positionnent sur le rôle de la foi et l'aide qu'elle peut procurer à certains.

Les leçons de vie qui resteront ancrées

Depuis la maladie, la moitié des patients ont pris conscience des choses importantes. Ils ont appris à relativiser et passer par-dessus les futilités : *« Je vois autrement les choses. On apprécie plus les choses. Et en fait, il y a aussi des choses qui se passent maintenant que je trouve tellement bêtes. Il y a des petites choses, des pécadilles, je vois ça comme... Alors qu'avant je voyais gros (N°2) »*.

Pour la moitié des personnes toujours, la relation qu'elles entretiennent avec leur entourage a évolué favorablement. Elle s'est en effet enrichie, dans le sens où ils sont désormais beaucoup plus à l'écoute des autres : *« J'ai envie d'être à l'écoute des gens, de mettre en application ce que je sais, ce que je peux faire pour les autres, parce qu'il y a des choses à faire (N°8) »*. Ils font preuve d'une grande compassion : *« Ca m'a amélioré dans le contact avec les autres, dans la compassion – bon ça j'en avais toujours eu – dans le pardon aussi. Savoir dire « voilà, on passe dessus, on s'en fout »*. *Ca nous touche plus parce qu'on a d'autres valeurs (N°4) »*. Ils ressentent l'envie d'aider et de donner des conseils qui pourraient s'avérer utiles pour d'autres.

Pour deux personnes, cette épreuve leur a ouvert les yeux sur la chance qu'ils ont d'avoir une famille, voire des enfants à leur côté : *« Ca fait des années que ça traîne et je pense que ça m'est arrivé pour me faire comprendre que la vie est belle, que mes enfants sont là (N°3) »*.

Ce que les gens feraient différemment

La majorité des personnes interrogées semblent satisfaites de leur cheminement. En effet, elles pensent qu'elles n'auraient pas pu faire plus. Deux patients estiment quant à eux qu'ils auraient pu tester d'autres choses mais ne savent pas quoi ou n'en ont simplement pas envie.

Un peu moins de la moitié soulignent combien il est important d'informer les personnes malades de la possibilité qu'elles ont de faire appel à des thérapies complémentaires. La transmission d'informations peut se faire par le biais de l'entourage : *« On est tellement dans le désarroi, dans la fatigue qu'en fait, j'étais moins capable de réfléchir et moins capable d'évaluer sur moi-même ce que j'aurais dû faire. D'ailleurs c'est ma collègue qui a téléphoné pour mon premier rendez-vous. Elle m'a dit : « Je te prends rendez-vous et tu y vas ! » (N°5) »*. Les renseignements devraient également se faire par le biais des assistants sociaux, associations ou oncologues : *« Ce serait bien de saisir au vol la personne qui est touchée, justement pour voir où elle en est, ce qu'elle est en train de faire. Si une personne n'est pas bien au niveau physique, justement, est-ce qu'elle pourrait aborder une médecine alternative, pour autant qu'elle ait une complémentaire ? (N°5) »*. Les patients regrettent donc qu'il n'y ait pas plus de collaboration entre les professionnels à ce sujet.

Trois personnes se demandent si elles auraient dû participer à des groupes de parole ou rencontrer des gens ayant vécu la même situation : *« Ca aurait été un plus, sûrement pour moi, ce groupe de parole. Et puis il y a des moments où je n'avais peut-être pas envie d'entendre ce que la personne avait, par peur que ça s'imprègne sur moi aussi. Parce que moi je veux m'en sortir, donc je veux aller de l'avant. Bon c'est vrai que cette force je pourrais l'apporter aussi aux gens, je devais penser comme ça (N°3) »*.

Enfin, le même nombre de personnes soulignent la barrière posée par l'aspect financier. En effet, les thérapies complémentaires ne sont pas faciles d'accès pour tous et ils trouvent dommage qu'une telle inégalité existe : *« C'est difficile quand on n'a pas de complémentaire. Alors absolument. Les médecines alternatives c'est vrai que c'est de nouveau une médecine à deux vitesses. C'est dégoûtant (N°5) ! »*.

La foi et la spiritualité

Pour la majorité des personnes interrogées, leurs propos laissent penser qu'ils croient en quelque chose après la mort. Cinq d'entre elles l'affirment clairement. Deux autres le sous-entendent en expliquant qu'elles ont effectué un cheminement spirituel : « *J'ai fait un baptême. Donc je me suis rapproché de Dieu dans une communauté chrétienne qui n'est pas sectaire, je vous rassure. Et puis... Donc j'ai fait un chemin spirituel qui m'a beaucoup aidé (N°10)* ». Quant à l'autre personne, elle explique : « *Je crois que j'ai développé quelque chose par rapport à la foi... de très personnel hein... parce que bon je suis chrétienne et protestante, non pratiquante (N°9)* ». Pour elles également, la vie n'existe donc pas uniquement sur terre. A ce propos, nous constatons donc que pour certaines personnes, le chemin spirituel s'est intensifié durant la maladie. Le même nombre souligne l'importance d'avoir une croyance et l'aide qu'elle peut apporter.

Enfin, un peu plus de la moitié semblent croire que rien n'arrive par hasard. Le fait d'avoir une croyance permet de donner sens à notre existence sur terre, aux questionnements que l'on se pose : « *Moi, franchement, je pense que c'est l'essentiel. C'est l'essence même de donner du sens à ce qui n'a pas de sens, du sens à la vie. De savoir d'où je viens, quel est mon espoir, où j'irai... Ouais de donner du sens à ce qui n'a pas de sens (N°1)* ». A ce propos, certains pensent que nous avons tous une mission : « *Je pense qu'on est sur terre pour se battre. Donc ce n'est pas l'enfer mais tout juste donc au-delà de la mort ce sera meilleur (N°3)* », et que notre heure est programmée : « *Bon de toute façon on a notre heure pour mourir. Si c'est pas notre heure, c'est pas notre heure mais bon, je demande toujours à Dieu si c'est possible qu'il me guérisse. S'il peut le faire. Si c'est mon heure il le fera pas (N°2)* ».

7. Vérification des hypothèses

7.1 VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 1

« Le manque ou la mauvaise communication avec les médecins traditionnels amène les malades à se tourner vers des médecines alternatives ».

Selon les données recueillies, la moitié des patients qualifient leur oncologue comme étant une personne à l'écoute des gens. Trois personnes ont d'ailleurs pu aborder clairement leur situation. Une autre moitié parle d'échanges plus superficiels et certains soulignent le manque de disponibilité et le stress vécu par le professionnel.

En ce qui concerne les décisions prises, dans la moitié des cas, l'oncologue décide du traitement à suivre et de la suite. Quelques patients sortent de ce cadre. Ils mettent en avant une relation thérapeutique qui se fonde sur l'égalité des droits.

Dans les résultats obtenus, la moitié des patients entretiennent une bonne communication avec leur oncologue. Si quelques-uns parlent de rapports plus superficiels et soulignent un manque de disponibilité, la communication entre les deux parties n'est toutefois pas nulle. De plus, si certains patients n'ont pas eu l'occasion de partager leur état de santé moral, leur discours ne permet pas de qualifier la communication de « mauvaise ». En règle générale, le patient et son oncologue entretiennent donc une bonne relation. Par conséquent, nous remarquons déjà qu'il ne s'agit pas d'une raison ayant poussé les malades à se tourner vers les médecines complémentaires.

Au contraire, les données récoltées nous montrent que la moitié des personnes se sont tournées vers les traitements complémentaires sur conseil de l'entourage. Une petite minorité a quant à elle été aiguillée par des professionnels de la santé qui n'étaient pas forcément leur oncologue.

Concernant plus précisément les raisons à l'origine de cette décision, des liens avec les traitements traditionnels ont été faits par la grande majorité. Premièrement, la médecine traditionnelle n'est pas suffisante pour combattre la maladie. Deuxièmement, elle ne permet pas de traiter convenablement les effets secondaires. Troisièmement, elle est perçue comme quelque chose de toxique et fort, contrairement aux thérapies complémentaires qui sont plus naturelles. Enfin, huit personnes ne désiraient pas subir et rester inactives. Elles ont voulu se battre.

Nous constatons donc que les raisons avancées par les patients n'ont aucun lien avec la relation qu'ils entretiennent avec leur oncologue. Il s'agit au contraire de personnes conscientes des bienfaits de la médecine traditionnelle certes, mais également au courant de ses inconvénients. Elles ont donc ouvert d'autres portes qui pourraient leur permettre d'améliorer leur situation et de limiter les dégâts causés à leur santé.

7.2 VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 2

« Plus le patient a recours à des approches alternatives, plus il améliore sa qualité de vie durant la maladie ».

A l'annonce de la maladie, la moitié des personnes ont eu l'impression que tout s'écroulait. Le même nombre ont fait un lien avec la mort.

Comme nous pouvons le constater, le moment du diagnostic marque le début d'un bouleversement du quotidien. Les projets s'effondrent. Ils sont remis en question et une crainte s'installe.

Durant la maladie, les troubles physiques cités par la majorité sont l'état de fatigue, la douleur et les nausées. A ce propos, la moitié explique que les traitements complémentaires ont entraîné une diminution des effets secondaires, dont les nausées et les douleurs justement.

De plus, plusieurs personnes ont difficilement accepté les modifications physiques qui ont eu un impact sur leur féminité.

Quelques-unes soulignent également une prise de poids et une difficulté à se mouvoir. A ce propos, trois personnes expliquent que grâce aux thérapies complémentaires, elles ont retrouvé l'énergie et se sentaient même en pleine forme.

A travers ces résultats, nous remarquons que chez la moitié des personnes malades, les thérapies complémentaires permettent d'atténuer les effets secondaires physiques les plus fréquents. De plus les propos de personnes qui disent se sentir en grande forme nous font oublier le caractère éprouvant de la maladie et ses traitements. Les améliorations sur le plan physique grâce aux thérapies complémentaires ne font pas l'unanimité, certes. Elles ne sont cependant pas nulles. Au contraire, la moitié souligne leurs bienfaits.

Comme troubles psychiques, la majorité des patients soulèvent les angoisses auxquelles ils ont dû faire face. La moitié des personnes ont connu une baisse de moral et deux personnes ont eu peur de la mort. Par rapport à cela, la majorité ont retiré des thérapies complémentaires une aide sur le plan psychique. Quelques-unes ont cherché à identifier leurs peurs et effectué un travail personnel. Ainsi, elles ont constaté une diminution des angoisses et sont devenues plus positives.

Pour un peu moins de la moitié des gens, le plus difficile consiste à accepter la maladie. De plus, comme je l'ai relevé dans l'hypothèse 1, le côté toxique des traitements traditionnels a été dur à encaisser pour beaucoup. Grâce aux thérapies complémentaires toutefois, la moitié a pu mieux les accepter et s'est concentrée sur les aspects positifs.

Nous remarquons ici que le bénéfice des thérapies complémentaires sur le bien-être psychique ressort fortement. Il est en effet souligné par la majorité des personnes interrogées.

En général, les patients ont été soutenus par leur famille. Dans la moitié des cas cependant, le mari n'a pas été présent. De plus, dans certaines situations, aucun membre de la famille n'a osé aborder la maladie. Les patients se sont parfois isolés de leur plein gré afin de protéger leur famille. La majorité d'entre eux n'ont même pas mené une vie sociale épanouie et ont dû arrêter le travail.

Comme on peut le constater, beaucoup sont restés à l'écart de leur entourage et se sont moins investis dans leur vie sociale et familiale. A ce propos, les thérapies complémentaires

furent d'une grande aide. Elles ont été d'un grand encouragement et leur ont permis d'aller de l'avant. Un peu moins de la moitié des patients ont fortement apprécié de se sentir actifs dans un autre domaine. Ainsi, ils se sont battus pour leur santé.

Les répercussions entraînées par la maladie sont nombreuses. Le malade subit une dégradation tant au niveau de la dimension physique que psychique, sociale, familiale et professionnelle. Sa qualité de vie se voit souvent rapidement et considérablement diminuée. A ce propos, les apports des thérapies complémentaires ont été ressentis chez la moitié des personnes sur le plan physique et chez la majorité sur le plan psychique. Toutes n'ont pas connu un mieux-être, cependant, aucune d'entre elles n'a souligné une dégradation de son état de santé. Ce point me paraît important. En effet, la garantie d'une amélioration du bien-être n'est pas certaine, certes. Au pire des cas cependant, le risque se situe dans le fait que la situation de la personne reste inchangée.

7.3 VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 3

« Plus le patient a recours à des approches complémentaires, plus son espoir de combattre la maladie augmente ».

Pour la vérification de cette hypothèse, je vais commencer par présenter l'opinion que les patients se font de la médecine classique. Tout d'abord, nous pouvons constater que la moitié des personnes se soucient beaucoup des dégâts provoqués par les traitements traditionnels sur l'ensemble de l'organisme. Certaines se montrent même opposées.

Malgré cela, la moitié d'entre elles adoptent un esprit positif et la grande majorité fait confiance. Si certaines personnes se montrent donc négatives, l'important est de relever la confiance que beaucoup portent à la médecine traditionnelle. À partir de là, les gens peuvent bien entendu repérer des inconvénients, il n'empêche qu'ils sont convaincus du bienfait qu'elle provoque sur le cancer. Ainsi, l'utilisation unique des traitements traditionnels rassure déjà beaucoup de personnes.

À partir de là, pour un combat de qualité, la majorité trouve tout de même important de pouvoir combiner la médecine traditionnelle et complémentaire. Quatre personnes présentent leur thérapeute comme une personne à l'écoute. Elles parlent d'un véritable accompagnement, de quelqu'un qui les encourage et les pousse à se battre.

Le fait que la majorité des patients insistent sur la complémentarité des traitements traditionnels et complémentaires démontre l'importance qu'ils y accordent dans le combat de la maladie. Certains trouvent auprès de leur thérapeute un soutien et une force morale qui augmentent leur volonté de combattre. Leur esprit est plus positif.

Presque toutes les personnes ayant utilisé les thérapies complémentaires ont cherché les raisons ayant influencé le déroulement de la maladie. Nous ne pouvons bien entendu pas savoir si tel est le cas pour les personnes ayant uniquement eu recours aux traitements traditionnels. Toujours est-il que pour la grande majorité des patients, cette recherche fut une aide. Elle a permis d'améliorer leur mode de vie et leur bien-être personnel. Nous pouvons même supposer que le fait d'être actifs et à l'écoute de soi puisse apporter une confiance supplémentaire dans leur combat. En effet, le nouveau chemin qu'ils adoptent ne peut être que bénéfique pour leur santé et par définition, il constitue un outil contre la maladie.

Il est également très intéressant de constater que la grande majorité des patients sont très positifs lorsqu'ils se projettent dans l'avenir. Ainsi, bien que l'on ne puisse à nouveau pas établir de comparaison avec les personnes ayant eu uniquement recours aux traitements traditionnels, nous pouvons dire que les personnes ayant utilisé les thérapies complémentaires se montrent confiantes envers leur futur. En effet, plus de la moitié des personnes interrogées soulignent que leur espoir de guérison a augmenté.

Si la moitié des personnes mentionnent clairement que leur espoir de guérison a augmenté grâce aux thérapies complémentaires, leur propos renforce encore cette affirmation. Premièrement, elles nous rendent attentifs à l'importance de les combiner aux traitements traditionnels et à leur impact sur le plan moral. Elles disent d'ailleurs avoir constaté une augmentation de la volonté de se battre grâce au soutien du thérapeute. Deuxièmement, la recherche de facteurs à l'origine de la maladie leur a permis de mieux comprendre la maladie et d'effectuer les changements nécessaires à leur bien-être. Enfin, presque tous les

patients sont positifs face à l'avenir. Tous ces éléments démontrent un renforcement du bien-être psychique et une confiance positive des patients dans le déroulement de la maladie.

7.4 VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 4

« Plus le patient est actif et mobilise ses ressources psychiques et émotives, plus il a l'impression d'avoir mis toutes les chances de son côté en vue d'une guérison ».

Avant de vérifier combien de patients sont actifs et ce que ça leur apporte, il est intéressant d'évaluer si ces derniers pensent réellement disposer de ressources personnelles. Selon mes entretiens, la grande majorité d'entre eux pensent effectivement que nous sommes dotés d'atouts capables d'influencer la maladie. A ce propos, presque tous accordent une place importante au mental. Ils sont donc conscients que nous disposons de ressources psychiques à exploiter.

Par le biais des thérapies complémentaires, la grande majorité des interviewés ont entre autre effectué un travail personnel. Ils se sont remis en question. Plus de la moitié des personnes connaissent également la possibilité qu'elles ont de mobiliser leurs ressources émotives. Durant leur maladie, elles ont d'ailleurs confié leurs états d'âmes auprès d'un psychologue, des groupes de parole ou de personnes ayant vécu la même situation.

Le même nombre de personnes trouvent important de faire preuve d'une bonne hygiène de vie. Elles sont désormais très attentives à leur mode de vie. A ce propos, certaines accordent une attention particulière autour de l'alimentation. Enfin, la foi peut être un apport pour certaines personnes. Pour quelques-unes, celle-ci s'est développé durant la maladie.

Nous constatons ici que plus de la moitié des personnes ont mobilisé leurs ressources psychiques et émotives. Il serait alors intéressant de vérifier si effectivement, elles ont eu le sentiment d'avoir mis toutes les chances de leur côté en vue d'une guérison.

Une chose est sûre, durant cette période éprouvante, toutes les personnes interrogées ont été actives puisqu'elles ont toutes fait appel à une ou plusieurs thérapies complémentaires. En leur âme et conscience, elles ont donc mobilisé leurs ressources et la majorité ne pense pas qu'elles auraient pu faire plus. Elles se montrent satisfaites.

A travers ces propos, nous remarquons que la majorité des patients ne changeraient rien au chemin qu'ils ont suivi dans leur combat contre la maladie. Quelques-unes auraient tout de même souhaité tester autre chose certes. Quoiqu'il en soit, aucun patient ne regrette le chemin qu'il a suivi durant la maladie.

Au final, quatre personnes soulignent l'importance d'informer les malades sur la possibilité de faire appel à des thérapies complémentaires. En effet, on peut penser qu'elles espèrent que les autres patients atteints de cancer puisse eux avoir la possibilité d'être actifs durant la maladie.

Nous remarquons qu'un nombre important de personnes ont mobilisés leurs ressources psychiques et émotives. A ce propos, la majorité d'entre elles s'estiment satisfaites et ne pensent pas qu'elles auraient pu faire plus. Si elles n'ont pas de regret, cela signifie bien qu'en leur âme et conscience, elles ont eu l'impression d'avoir mené un combat à la hauteur. Elles ont choisi mêmes les armes supplémentaires dont elles souhaitaient bénéficier et avec lesquelles elles pourraient lutter plus efficacement.

8. Conclusion

La société actuelle ne laisse plus place à l'imaginaire et la magie. Les progrès scientifiques ont en effet instauré une logique opérationnelle où le recours au non-médical se voit souvent d'un mauvais œil.

La médecine traditionnelle développe certes des outils pour reculer la mort mais elle ne permet pas d'expliquer et contrôler le malheur qui nous arrive. Elle fait des machines et outils médicaux les régulateurs de notre vie. Les dimensions magiques sont écartées (Deschamps, 1998).

L'Eglise quant à elle entretient les mystères. De nombreux questionnements persistent autour du ciel et de l'enfer. Elle donne un sens aux événements inexplicables. Dans le malheur, elle laisse la possibilité de recourir à des pouvoirs supérieurs pour lutter contre la mort.

Lorsque les effets secondaires sont trop lourds, que les rechutes se répètent, les traitements parallèles sont alors un moyen d'apaiser les souffrances. Certains se penchent sur les facteurs ayant influencé leur malheur et essaient d'y remédier. En effet, si la médecine traditionnelle peut guérir les maux organiques, elle ne peut résoudre les douleurs psychiques.

Je souhaiterais ici faire un lien avec les rites de guérison et la sorcellerie, sur lesquels Mme Favret-Saada J., ethnologue, s'est penchée en 1969 (Deschamps, 1998). Ainsi, à l'époque, lorsqu'une personne était confrontée à une série de malheurs successifs, elle se rendait chez un guérisseur, qui par son expérience, avait appris à lutter contre les malheurs. Il désignait un « sorcier », responsable des malheurs de l'ensorcelé. Il renforçait alors les énergies de la victime, afin qu'elle puisse repousser les mauvaises ondes et rompre le cercle vicieux. De plus, il lui était recommandé de ne jamais entrer en contact direct avec le sorcier. De nos jours, ce processus peut être perçu comme de la pure folie.

Pourtant, il peut réellement s'appliquer à certaines situations que nous vivons. En effet, il existe bel et bien des gens qui nuisent à notre bien-être, des gestes qui embarrassent, des paroles qui blessent. Dans ces situations, la clé n'est-elle pas alors de réagir en renforçant notre carapace et en atténuant notre malaise ? De plus, tout comme la victime fuit le contact avec le sorcier, il peut être positif pour nous de rester à l'écart de certaines personnes ou situations qui nous dérangent.

Dans un premier temps, lorsqu'une personne est atteinte par une maladie, elle peut déprimer et se sentir impuissante face à l'ennemi invisible qui attaque son corps. Elle a alors la possibilité de travailler sur les énergies écrasées par le mal, de ne pas laisser la situation se dégrader à son insu. Le cancer est le résultat de cellules qui dysfonctionnent et se propagent dans notre corps. Il s'agit alors de trouver le désensorcelé qui aidera la personne malade à renforcer son agressivité en un outil positif prêt à combattre. Certaines personnes sont naturellement plus ouvertes à l'aspect magique des choses. Pour d'autres, c'est l'état de détresse qui les amènera à s'y intéresser. Chacun place alors sa confiance dans ce à quoi il croit le plus. Certains s'intéressent aux thérapies complémentaires plus proches de la nature et de l'aspect magique. D'autres s'accrochent aux pouvoirs supérieurs et d'autres encore se rangent auprès des traitements traditionnels, rassurés par leur côté rationnel.

Au final, les thérapies complémentaires et la sorcellerie ont certains points communs. Leur but est celui de lutter contre un mal qui a dépassé les limites puisqu'il a franchi l'enveloppe corporelle. Il s'agit donc de se réapproprier l'énergie vitale afin de mener un combat intérieur

contre l'ennemi indésiré. Je citerai ici Mme Nyffeler, ergothérapeute avec approche participative, qui mentionne que « la science nous apporte à la porte de la vie. Nous pouvons alors soit lâcher prise, soit nous battre et développer nos capacités ».

Il s'agit tout de même d'être prudent et de garder ses distances. Car si le désir est nécessaire au développement de notre énergie vitale, il n'est cependant pas tout puissant. En effet, la vie s'inscrit également dans la loi de la nature contre lesquels la médecine, la magie ou la religion n'ont parfois aucun pouvoir.

En tant que professionnelle à la Ligue contre le cancer, j'ai trouvé indispensable de me positionner vis-à-vis de l'aspect magique des choses. Les assistants sociaux sont effectivement souvent amenés à côtoyer des personnes ayant des troubles physiques ou psychiques. Il s'agit alors de savoir quel comportement adopter envers les thérapeutes de méthodes complémentaires, les guérisseurs ou autres personnes bénéficiant d'une formation non reconnue par les scientifiques. A ce propos, quatre personnes ont relevé l'importance d'informer les patients de l'existence de ces ressources. Le risque est de les orienter vers une direction qui ne leur convient pas, qui ne répond pas à leurs attentes et de laquelle elles seront déçues. Cette responsabilité n'est pas évidente à prendre. Comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit parfois de méthodes dont les études n'ont pas pu prouver l'efficacité de manière satisfaisante. De plus, l'influence sur le psychisme est difficilement mesurable.

Pour ma part, je pars alors du principe que quoi qu'il en soit, cela ne fait pas de mal. Toutes les personnes interrogées ont au moins constaté une amélioration de leur qualité de vie. Personne ne parle d'une grande déception ou d'une dégradation soudaine de leur santé. Suite à ce travail, j'ai donc choisi de présenter aux personnes la possibilité d'avoir recours aux thérapies complémentaires comme aide supplémentaire, un complément de la médecine traditionnelle. Je leur conseillerai de ne pas baser tout leur espoir sur ces outils supplémentaires. A chaque personne correspond un besoin qu'elle ne trouvera pas forcément à travers les méthodes testées. Il ne coûte cependant rien d'essayer.

Certains vivront même avec l'agréable sentiment d'avoir tout mis en œuvre pour bien faire. D'autres décideront de ne faire confiance qu'aux médecins traditionnels et je respecte leur choix. Après tout, le caractère magique réside peut-être dans le simple fait d'y croire, ce qui aboutirait à un renforcer inconsciemment notre carapace contre la source du mal. Il existe peut-être également une force magnétique que nous ne connaissons encore pas, des énergies positives que nous n'exploitons pas assez. Nous sommes arrivés à un siècle où nous voulons avoir réponse à tout et laissons de côté l'espace dédié au magique. Que dire alors de la collaboration entre les personnes qui ont des dons et le CHUV ? Et si nous acceptions simplement ne de pas pouvoir tout expliquer et de se laisser aller. Nos ancêtres n'avaient pas tous les outils dont nous disposons. Ne serait-ce pas agréable de penser qu'il y a un côté magique qui existe ?

Pour les plus terre à terre, il s'agit peut-être simplement de facultés dont l'être humain est doté depuis sa naissance et qu'il ne développe pas. Pour ma part, j'ai choisi d'être ouverte à tout ce qui pourrait avoir un impact positif sur l'état de santé des personnes que je côtoie dans mon métier. Je crois que pour travailler dans un domaine social, un côté idéaliste et positif existe. Je pense que la vie est bien faite et que des outils sont mis à disposition de personnes qui en ont besoin. A ce propos, je trouve que les méthodes complémentaires devraient être remboursées par l'assurance de base. En effet, dans ma profession d'assistante sociale, je soutiens les personnes en difficulté financière. Il s'agit donc souvent de personnes qui n'ont pas les moyens de bénéficier de ce type de soutien. Pourtant, en réfléchissant plus loin, l'utilisation de traitements complémentaires pourrait entraîner une



















diminution de coûts, concernant notamment les médicaments à prendre pour lutter contre les effets secondaires, une diminution d'états dépressifs, une hospitalisation moins longue. Mais avant tout, ils peuvent constituer une aide sur le plan moral et ce, indépendamment de l'issue de la maladie.














A travers ces entretiens nous avons découvert que les méthodes complémentaires sont souvent bénéfiques pour le bien-être des patients. Les personnes interrogées ont constaté une amélioration de leur état de santé à plusieurs niveaux : une diminution des effets secondaires sur le plan physique, une diminution des angoisses et un esprit plus positif sur le plan psychique. Elles ont également ressenti une aide sur le plan émotionnel. Ne pouvant pas toujours se confier à leur famille ou leur entourage, les thérapies complémentaires leur ont permis d'aller de l'avant et de s'investir dans le recouvrement de leur santé.

Avec du recul, ces personnes n'ont aucun regret concernant le chemin suivi durant la maladie. Elles ont effectivement mis tout en œuvre pour bien faire. Aujourd'hui, elles sont donc heureuses de raconter cette expérience positive. Elles espèrent que toutes personnes atteintes d'un cancer puissent en bénéficier et qu'elles puissent mobiliser elles-aussi des ressources qui soulageront quelque peu cette étape difficile.





9. Bibliographie








Ouvrages

-  BISCHOFF WILHELM A. [et al.]. *Fatigue, à nous deux*. Berne : Ligue suisse contre le cancer, 2005
-  BORYSENKO J. *Penser le corps, panser l'esprit*. InterEditions, 1988
-  BUCKMANN R. *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris : InterEditions, 1994
-  COUSINS N. *La volonté de guérir*. Seuil, 1981
-  DESCHAMPS D. *Psychanalyse et cancer : au fil des mots... un autre regard*. Condé-sur-Noireau : L'Harmattan, 1998
-  DOUMONT D. & AUJOULAT I. *L'empowerment et l'éducation du patient*. Louvain : Université catholique de Louvain, 2002
-  DOSSEY L. *La médecine réinventée : l'art de guérir du 3^e millénaire*. Saint-Etienne : Vivez soleil, 2002
-  GLAUS A. & DURRER A. *Le traitement médicamenteux des cancers*. Berne : Ligue suisse contre le cancer, 2004
-  GUX P. *Psychologie et cancer*. Renens : Payot, 1989
-  HONNORAT C. *Apprentissage de l'exercice médical : le malade et sa maladie*. 2007
-  ISELI B. *Mobilisez-vous, réduisez votre risque de cancer*. Berne : Ligue suisse contre le cancer, 2007
-  JACQUET-SMAILOVIC M. *Avant que la mort ne nous sépare : patients, familles et soignants face à la maladie grave*. Bruxelles : De Boeck, 2006
-  JAHN R. & LANZ S. *Prédispositions héréditaires au cancer*. Berne : Ligue suisse contre le cancer, 2005
-  JANSSEN T. *La solution intérieure, vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*. Fayard, 2006
-  MANOUVRIER ROBITAILLE J. *Notre pouvoir de guérison : le message du cancer et des autres maladies*. Outremont : Libre Expression, 2005
-  MATTHEWS SIMONTON S. *La famille, son malade et le cancer: coopérer pour vivre et guérir*. Desclée de Brouwer, 1990
-  MENORET M. *Les temps du cancer*. CNRS Editions, 1999
-  MOIROT M. *Origine des cancers*. Les lettres libres, 1985





-  NICOLLE J-M. *Les droits du patient dans la relation de soins : le contrat thérapeutique*. Sotteville, 2005
-  PELICIER Y. *Psychologie, cancers et société*. L'Esprit du Temps, 1998
-  RENARD L. *Le cancer apprivoisé : les ressources insoupçonnées de l'être humain*. Dijon-Quetigny : Vivez soleil, 2003
-  SCHATZ J., LARRE C. & ROCHAT DE LA VALLEE E. *Aperçus de médecine chinoise traditionnelle*. Guy Tredaniel, 2006
-  SCHLAEPPI M. *Médecines complémentaires et alternatives en oncologie*. Hôpital de St-Gall : Ligue suisse contre le cancer, 2008
-  SCHRAUB S. *La magie et la raison : médecines parallèles, psychisme et cancer*. St-Armand-Montrond : Calmann-Lévy, 1987
-  SCHWIZER V. *Vivre avec le cancer, sans douleur*. Berne : Ligue suisse contre le cancer, 2004
-  SIEGEL B. *Vivre la maladie : trouver ses propres réponses pour l'affronter*. Mesnil-sur-l'Estrée : Anne Carrière, 1995
-  SIMONTON C., SIMONTON S. & CREIGHTON J. *Guérir envers et contre tout : le guide quotidien du malade et de ses proches pour surmonter le cancer*. Paris : EPI, 1982
-  THONDUP T. *L'infini pouvoir de guérison de l'esprit : selon le bouddhisme tibétain*. Clamecy : Le Courrier du Livre, 1999
-  THONDUP T. *Une source inépuisable de paix et de guérison : exercices de méditation pour éveiller l'esprit et guérir le corps*. Le Courrier du livre, 2001
-  TUBIANA M. *La lumière dans l'ombre : le cancer hier et demain*. Mayenne : Odile Jacob, 1991
-  WALLON P. *Guérir l'âme et le corps : au-delà des médecines habituelles*. Albin Michel, 2000

Articles dans un périodique




-  BATAILLE P. Ce que veut dire un cancer chronique. *Revue francophone de psycho-oncologie*, 2003, p. 64-69
-  BELIVEAU R. Les plantes, source de médicaments. *Le journal de Montréal*, 2007, p. 58
-  EYSENCK HJ. Psychosocial factors, cancer, and ischaemic heart disease. *Br Med J*, 1992, p. 457-459
-  FORD M.E. [et al.]. An empowerment-centered, church-based asthma education program for African American adults. *Health & Social Work*, 1996, p. 70-75

-  JADOULLE V., OGEZ D. & ROKBANI L. Le cancer, défaite du psychisme ? *Bulletin du Cancer*, 2004, no 3, p. 249-256
-  PALAZZOLO J. APAP et relation médecin-malade : quelques éléments de réflexion. *Annales Médico-psychologiques*, 2007, vol. 165, p. 536-544
-  POSTEL B. Soigner le corps, prendre soin de l'esprit : les approches psychocorporelles. *Le journal de l'Institut Curie*, 2008, p. 8-14
-  REYNAERT C., LIBERT Y. & JANNE P. Psychogenèse du cancer : entre mythes, abus et réalité. *Bulletin du Cancer*, 2000, no 9, p. 655-664
-  RIGER S. What's Wrong With Empowerment? *American Journal of Community Psychology*, 1993, p. 279-292
-  RISSEL C. Empowerment : the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 1994, p. 39-47
-  WIETLISBACH V. & GURTNER F. Profil socio-démographique du recours à la médecine alternative en Suisse. *Primary Care*, 2002, p. 587-591

Articles scientifiques


-  DAUDELIN G. & VISSANDJEE B. *L'empowerment comme technique d'intervention dans le domaine de la santé : réflexion sur une panacée*. Québec : Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2001. 19 p.
-  FREY F. Collaboration entre médecines complémentaires et médecine conventionnelle. In : *Médecines complémentaires : point de vue de la science*. Genève : Médecine & Hygiène, 2000
-  GUILLOD O. La réglementation légale des médecines complémentaires en Europe. In : *Médecines complémentaires : point de vue de la science*. Genève : Médecine & Hygiène, 2000
-  SCHAR A. & MESSERLI-ROHRBACH V. Motivations déterminant le choix entre médecine conventionnelle et médecines complémentaires. In : *Médecines complémentaires : point de vue de la science*. Genève : Médecine & Hygiène, 2000


Site Web


-  Agir pour sa santé. *Les effets de l'hypnose et de la thérapie de groupe sur la durée de la survie de personnes atteintes de cancer* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://agirpoursasante.free.fr/livre/chap26.html> (consultée le 12 septembre 2008)
-  Annuaire professionnel des praticiens et thérapeutes. *Les médecines douces* [en ligne]. 2007. Adresse URL : <http://www.medecines-douces-naturelles.com> (consultée le 19 octobre 2008)
-  Association de parents confrontés au cancer de leur enfant. *Comment aider les frères et sœurs* [en ligne]. 2008. Adresse URL :

- <http://www.jourapresjour.be/v2/content/view/149/21/> (consultée le 12 septembre 2008)
-  Cabinet de thérapies psychocorporelles. *Kinésiologie* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://mutherapie.chez-alice.fr/kinesiologie.htm> (consultée le 21 juin 2008)
-  Centre Ressourcements : école belge de thérapie et pratiques psycho-corporelles. *Bienvenue sur le site du Centre Ressourcements* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.ressourcements.be/> (consultée le 21 juin 2008)
-  Confédération suisse. *Médecines complémentaires : le Conseil fédéral rejette l'initiative populaire « Oui aux médecines complémentaires »* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=6857> (consultée le 12 juillet 2008)
-  Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. *Dictionnaire des cancers de A à Z* [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.fnclcc.fr/fr/patients/dico/alpha.php> (consultée le 8 septembre 2008)
-  Institut Curie. *Soigner le corps, prendre soin de l'esprit : les approches psychocorporelles* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.curie.fr/home/presse/jic.cfm/lang/fr/id/38.htm> (consultée le 21 juin 2008)
-  Médecine nouvelle germanique. *Dr med. Ryke Geerd Hamer* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.germannewmedicine.ca/documents/acceuil.html> (consultée le 5 octobre 2008)
-  Northwestern memorial hospital. *Art Therapy Can Reduce Pain and Anxiety in Cancer Patients* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.nmh.org/nmh/mediarelations/mediaoutputs.htm?cid=682>
-  Passeportsanté. *Analyse psycho-organique* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/> (consultée le 21 juin 2008)
-  Psychologies. *Tout sur les thérapies* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.psychologies.com/tout-sur-les-therapies.cfm/methodes/44/index.cfm> (consultée le 21 juin 2008)
-  Quelpsy. *Les thérapies : 61 méthodes à découvrir* [en ligne]. 2007. Adresse URL : <http://quelpsy.psychologies.com/therapies.cfm> (consultée le 21 juin 2008)
-  SantéOntario. *L'hypnose avant l'opération du cancer du sein peut diminuer les douleurs subséquentes, révèle une étude* [en ligne]. Adresse URL : http://www.santeontario.com/NewsItemDetails.aspx?newsitem_id=36597022 (consultée le 5 octobre 2008)
-  Simonton Cancer Center. *Présentation du Dr Simonton* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.simonton.ch> (consultée le 10 novembre 2007)

Articles en ligne

-  JAQUET P. Primary Care. *La bioénergie* [en ligne]. 2006, no 5, p. 88-90. Adresse URL : <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-05/2006-05-720.PDF> (consultée le 4 juillet 2008)

-  KWIATKOWSKI F. [et al.]. Stress, cancer et rythme circadien de la mélatonine. *Pathologie et biologie* [en ligne]. 2005, vol. 53, p. 269-272. Adresse URL : <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16886334> (consultée le 5 octobre 2008)

-  ROBITAILLE A. Cancer du sein : comme si le corps était victime d'un attentat. *IForum* [en ligne]. 2003, vol. 38, no 13. Adresse URL : <http://www.iforum.umontreal.ca/Forum/ArchivesForum/2003-2004/031124/article2960.htm> (consultée le 3 août 2008)

10. Annexes

10.1 ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE STRESS ANNUEL

1. Mort du conjoint/enfant	100
2. Divorce	73
3. Grossesse	68
4. Séparation maritale	65
5. Emprisonnement	63
6. Mort d'un membre de la famille	63
7. Séparation	60
8. Fiançailles	55
9. Blessures ou maladie personnelle	53
10. Mariage	50
11. Entrée au collège ou à l'université	50
12. Changement du statut d'indépendance ou de responsabilité	50
13. Conflit ou changement dans les valeurs	50
14. Utilisation de la drogue	49
15. Congédiement	47
16. Changement dans la consommation d'alcool	47
17. Réconciliation	45
18. Problèmes avec l'administration scolaire	45
19. Changement dans l'état de santé d'un membre de la famille	44
20. Travailler tout en étant aux études	42
21. Changer d'orientation scolaire	40
22. Difficultés scolaires	39
23. Changement dans les relations sentimentales	39
24. Avoir un nouveau membre dans la famille	39
25. Changement dans les finances personnelles	38
26. Changement dans la participation aux cours	38
27. Mort d'un ami	37
28. Changement dans le type de travail	36
29. Changement dans le nombre d'arguments dans le couple	35
30. Problèmes avec la "belle-famille"	29
31. Réussite personnelle supérieure	28
32. Commencer ou interrompre les études	26
33. Changement dans les conditions de vie	25
34. Révision des habitudes personnelles	24
35. Problèmes avec le patron	23
36. Changement dans les conditions ou les heures de travail	20
37. Changement de résidence	20
38. Changement d'institution scolaire	20
Changement dans les loisirs	19
39. Changement dans les activités religieuses	19
40. Changement dans les activités sociales	18
41. Situation d'endettement	17
42. Changement dans les habitudes de sommeil	16
43. Changement dans les réunions familiales	15
44. Changement dans les habitudes alimentaires	15
45. Vacances	13
46. Noël et la période des fêtes	12
47. Violations mineures de la loi	11
Total	

10.2 GUIDE D'ENTRETIEN

A - Questions relatives à la communication avec le médecin

H1 : Le manque ou la mauvaise communication avec les médecins traditionnels amène les malades à se tourner vers des médecines complémentaires.

1. Comment se passait une consultation avec l'oncologue d'habitude ?

- 1a Quelle relation entreteniez-vous avec l'oncologue ?
- 1b Qu'est-ce que vous attendiez de lui ?
- 1c Comment étaient prises les décisions ?

2. A quel moment avez-vous eu l'idée de vous rendre chez des thérapeutes non-conventionnels ?

- 2a Pourquoi ?

Si réponse 1 négative :

3. Selon vous, la mauvaise communication avec votre médecin a-t-elle eu un impact dans votre décision de vous tourner vers des médecines complémentaires ?

B - Questions relatives à l'amélioration de la qualité de vie

H2 : Plus le patient a recours à des approches complémentaires, plus il améliore sa qualité de vie durant la maladie.

1. Comment avez-vous vécu votre maladie ?

- 1a Pouvez-vous me décrire les problèmes physiques que votre maladie a entraînés ?
- 1b A quels genres de problèmes psychiques avez-vous dû faire face durant la maladie ?
- 1c Qu'est-ce qui vous inquiétait le plus ? (Quel rapport entreteniez-vous avec la mort?)
- 1d Comment qualifieriez-vous votre vie familiale, professionnelle, vos loisirs durant la maladie ?

2. Pensez-vous que le recours à des approches complémentaires a/aurait permis d'améliorer votre qualité de vie ?

3. Qu'est-ce que vous auriez changé ?

C - Questions relatives à l'espoir de combattre la maladie

H3 : Plus le patient a recours à des approches complémentaires, plus son espoir de combattre la maladie augmente.

1. *Avez-vous tenté de trouver la ou les raisons ayant provoqué le développement de la maladie ?*

1a Si oui, est-ce que cela a agit sur votre combat contre la maladie ?

2. *Comment imaginiez-vous le déroulement de la maladie et votre avenir ?*

3. *Quelle confiance portiez-vous aux traitements médicaux traditionnels ?*

4. *Pensez-vous que le recours à des médecines complémentaires a eu un effet bénéfique sur votre espoir de guérison ?*

D - Questions relatives à la mobilisation des ressources du patient

H4 : Plus le patient est actif et mobilise ses ressources psychiques et émotives, plus il a l'impression de tout faire pour le bon déroulement de la maladie.

1. *Comment se déroulaient les traitements médicaux traditionnels ?*

1a Quel état d'esprit aviez-vous lorsque vous vous y rendiez ?

2. *Comment se déroulaient les thérapies non-conventionnelles ?*

2a Quel état d'esprit aviez-vous lorsque vous vous y rendiez ?

2b Pensez-vous que les uns ont une influence sur les autres ?

3. *Quelle différence avez-vous remarqué entre les deux ?*

4. *Pensiez-vous pouvoir personnellement influencer le déroulement de la maladie ?*

4a Si oui, comment?

4b Quels moyens utilisiez-vous pour évacuer vos peurs et vos angoisses ?
(Pour autant qu'ils aient eu des angoisses)

5. *Est-ce que vous auriez pu faire plus ou autre chose ?*

6. *La maladie vous a-t-elle apporté quelque chose ?*